FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 200

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Michel BOUCHARD

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 18 Février 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 196

BILAN ACTUEL
DE
L'APPORT THERAPEUTIQUE DES NEUROLEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Président : M. MICHAUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Michel BOUCHARD

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 18 Février 1936, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 196

BILAN ACTUEL
DE
L'APPORT THERAPEUTIQUE DES NEUROLEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Président : M. MICHAUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER,

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); - *Cochin :* Leger (L.); - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.); - *Pitié :* Cordier (G.); - *Saint-Antoine :* Gosset (J.); - *Salpêtrière :* Sicard (A.); - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.); - *Cochin :* Brouet (G.); - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.); - *Lariboisière :* Sèze (S. de); - *Pitié :* Dreyfus (G.); - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.); - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) . .	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . .	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . .	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique . .	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . .	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . .	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . . .	Kreis (B.)
Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Lambling (A.); Lhermitte (F.); Pequignot (H.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).	
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.*; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.); *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Daguet (G.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Jérome (H.); Kruh (J.); Legrand (J.-Cl.); Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.); Boivin (P.); Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.); Duperrat (B.); Hewitt (J.); Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.*; Da Lage; Marois (M.); Racadot (J.); Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.); Corre-Hurst (Mme L.); Roussel (A.); Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.); Lissac (J.); Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.); Crosnier (J.); Richet (G.); Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.); Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.); Cathala (H.); Escourolle (R.); Gautier (J.-Cl.); Lapresle (J.); Lereboullet (J.); Pichot (P.); Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Lewin (D.); Musset (R.); Robey (M.); Seneze (J.); Sureau (C.); Tchobroutsky (Mme C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.); Fontaine (M.); MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.); Maurer (P.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.); Pialoux (P.); Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.)

Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);

Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);

Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).

Rhumatologie : M. Massias (P.).

Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).

Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).

Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).

Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).

Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de la Chaire de Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Santé Publique

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

La soutenance de la thèse constitue dans les études médicales un moment solennel. Comment ne pas mettre à profit la solennité de ce moment pour remercier les maîtres dont l'enseignement nous a été si précieux durant le cycle de nos études qui se termine aujourd'hui.

Si ma gratitude va vers tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, qu'il me soit permis d'exprimer tout particulièrement ma reconnaissance à Monsieur le Professeur MICHAUX. *Qu'il sache combien j'ai été sensible à l'honneur qu'il m'a fait en acceptant d'orienter ce travail et combien ses encouragements m'ont été précieux.*

Je n'oublierai pas non plus de remercier en cette occasion mes Maîtres des Hôpitaux Psychiatriques, Monsieur le Docteur Georges COLLIER *et* Monsieur le Docteur André CARCENAC *pour les fructueuses années d'internat passées dans leurs services.*

INTRODUCTION

Au cours de notre internat en médecine, nous avons accompli un séjour de quatre années dans des services psychiatriques, c'est-à-dire que nous y avons passé sept fois moins de temps que certains de nos malades ! Encore ce séjour s'est-il effectué dans des conditions bien différentes des leurs, puisque nous n'attendons pas de sortie.

Cette constatation est à l'origine sans doute de l'intérêt que nous avons porté durant ce temps aux fameux chroniques, à ces travailleurs revenant paisibles et libres le soir des ateliers vers leurs pavillons et qui saluent l'interne de passage en vieux habitués. Jeune interne, leur existence nous apparaissait anachronique et leur maintien injuste, et nous y voyions le sédiment rejeté par une impitoyable société. Mais nous avons appris à personnaliser chaque ombre de leur troupe et l'examen de chaque dossier a éclairé pour nous, aussi enfantin que cela paraisse, qu'ils étaient malades et il nous a fallu admettre ainsi ce que nous avaient caché nos triomphes neuroleptiques, qu'il existait encore des maladies mentales chroniques.

Or la structure de ces groupes de bons travailleurs, vaillants et lucides, à tel point que non averti il nous arrivait de les confondre avec des employés, est constituée de façon remarquablement univoque, la recette en est simple. Quelques éléments météoriques dont la sortie est en vue se réadaptent à l'atelier et gravitent autour du noyau, lequel est constitué à parts égales, semble-t-il, de débiles mentaux adaptables et d'un certain genre de délirants.

Ces délirants dont rien parfois ne laissait soupçonner le délire, qui n'avaient rien du malade des histoires, se ressemblaient. Ils avaient tous à leur passif un très long séjour parmi nous, un calme parfait, une adaptation au réel remarquable, et protestaient presque tous de leur bonne santé mentale. Quant à leurs dossiers, ils faisaient tous état d'un délire hallucinatoire à thèmes de persécution survenu aux alentours de la quarantaine. C'était donc pour nous par simplification, et malgré les discussions nosologiques, des psychoses hallu-

cinatoires chroniques anciennes, qu'on les catégorise ou non dans le cadre des schizophrénies tardives.

L'idée nous est donc venue d'un travail dont le but serait de rechercher quelle aide leur avaient apporté nos thérapeutiques neuroleptiques récentes, de retrouver combien d'entre eux avaient vu dans les années cinquante leur maladie se modifier et disparaître et d'établir en quelque sorte une comparaison entre les années du passé, vécues derrière les murs, et le temps actuel, portes ouvertes et murs tombés. Enfin, il nous importait de rechercher les éléments de la maladie et de déterminer ce qu'il en restait, tant vécu délirant qu'anomalies des personnalités, tant souffrance hallucinatoire que croyance aux persécutions. En quelque sorte, nous aurions pu intituler notre thèse en parodiant le poète : « Mais que sont devenues les psychoses hallucinatoires d'antan ? »

Nous n'étions pas rassurés, il faut l'avouer, en débutant ce travail, puisqu'il s'agissait d'évoquer une maladie dont l'existence n'est pas universellement reconnue, et qui donne lieu encore à bien des discussions nosologiques. Mais nous nous rassurions en nous représentant que quelle que soit la place qu'on lui donne, ce syndrome hallucinatoire sous-tendant un délire structuré rendait compte de nos malades, classait leur ressemblance, et qu'il constituait pour nous un cadre commode de pensée. Manquant par trop d'expérience, il ne nous appartenait pas en outre de décider de sa place dans la pathologie mentale, mais seulement de nous en servir pour présenter une certaine catégorie de malades.

Ayant réussi à nous rassurer à moitié, nous rencontrâmes le Professeur Michaux qui voulut bien accepter de présider notre jury. Il fit plus que cela, nous rassurant presque entièrement, nous confirmant et nous expliquant avec bienveillance sa croyance en l'existence de nos malades et de notre syndrome.

Mais cette première entrevue fut fructueuse à un autre titre encore : lorsque notre Président de Thèse nous eut écouté, il nous suggéra qu'il serait plus intéressant encore de mettre en parallèle ces psychoses chroniques anciennes précédant l'ère neuroleptique, donc tardivement traitées, et les malades présentant le même syndrome après l'avènement du Largactil et traités d'emblée, de comparer nos résultats à ceux que la littérature médicale a jusqu'à ce jour publiés et d'essayer d'en tirer des conclusions d'ordre plus général, ce dont nous convînmes avec enthousiasme.

Notre travail prit alors sa forme définitive : « Bilan actuel de l'apport thérapeutique des neuroleptiques dans le traitement des psychoses hallucinatoires chroniques ». En ce qui concerne notre

apport personnel, il porte sur 80 observations qui se répartiront en deux groupes, comme nous l'avons dit : des psychoses hallucinatoires chroniques ayant évolué avant les neuroleptiques, donc traitées tardivement par ceux-ci, et des psychoses hallucinatoires chroniques plus récentes ayant bénéficié d'emblée d'un traitement neuroleptique. Nous essayerons ensuite de dire quels enseignements nous avons cru pouvoir tirer de ces observations avant d'envisager l'opinion des auteurs. Enfin, à la lumière de celle-ci, nous essayerons d'en arriver à une notion plus générale concernant l'apport thérapeutique des neuroleptiques.

CHAPITRE I

CRITERES DU CHOIX DES MALADES

Nous l'avons dit, les 80 malades que nous avons choisis se ressemblent. Ils se sont classés d'emblée ensemble, tant par leur aspect que par leur conduite et leur intégration à la vie hospitalière. Enfin, ils nous ont développé au cours des entretiens que nous avons eus avec eux, des thèmes et des expériences délirantes remarquablement identiques.

Nous avons cru découvrir leur description dans les chapitres que les auteurs français réservent au groupe des psychoses hallucinatoires chroniques dans la description des délires chroniques. Nous appuyant sur ces opinions diverses mais convergentes, nous avons tenté de trier nos malades avec la plus sévère rigueur pour ne conserver que des cas purs se rapprochant de façon presque absolue des définitions données par G. Ballet, Seglas, C.-H. Nodet ou G. de Clérambault, et nous avons essayé de conserver aux termes de la définition de Henri Ey résumant et synthétisant ces opinions classiques

> « des délires caractérisés par l'importance considérable des phénomènes psychosensoriels basés sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante à thème d'influence, d'action extérieure, de dépossession ou de persécution selon les auteurs constitue une idéation surajoutée ».

Nous avons donc recherché dans les écrits de nos maîtres les éléments du syndrome tant positifs que négatifs considérés comme significatifs ou diagnostiques et, préoccupés de ne présenter que des observations aussi typiques que possible, nous avons éliminé enfin tous les malades dont l'histoire pathologique ne présentait pas l'un ou l'autre de ces éléments.

Tous les malades utilisés dans ce travail répondent donc à une double série de critères, les uns positifs : présence de tel ou tel symptôme considéré comme évocateur, les autres négatifs : absence

de tel ou tel symptôme qui caractérise plus volontiers l'un des groupes voisins des maladies délirantes chroniques. Nous allons nous en justifier brièvement :

1) Les critères positifs exigés

Ils sont directement basés sur la définition et la description clinique et évolutive du syndrome.

— Certains sont évidents : tous nos malades ont présenté un délire d'évolution chronique, richement hallucinatoire avec automatisme mental, qu'il s'agisse d'énonciation et de commentaire des actes et de la pensée, d'écho de la pensée et de la lecture, de vol de la pensée avec phénomènes télépathiques, hallucinations acoustico-verbales de toute nature, mais aussi d'automatisme psychosensoriel et sensitif avec hallucinations gustatives et cœnesthésiques, voire psychomotrices. Quant aux superstructures délirantes, nous avons exigé qu'elles respectent les thèmes considérés comme classiques cités dans la définition de Henri Ey (action extérieure, dépossession, persécution, influence).

— Mais nous avons tenu compte aussi de certains éléments qui ne s'inscrivent pas dans la définition même mais que nombre d'auteurs considèrent comme très significatifs, qu'ils soient cliniques ou évolutifs.

Du point de vue clinique, il est classique que ces délires apparaissent avec une certaine brutalité aux alentours de la quarantaine, ils sont en tout cas considérés comme tardifs par tous les auteurs et certains les considèrent même comme des schizophrénies tardives. Toutes nos observations respectent cet aspect, de même que la croyance incoercible avec affirmation dogmatique du délire qu'exigeait G. de Clérambault pour affirmer un tel diagnostic.

Du point de vue évolutif, deux traits semblent fort évocateurs sinon pathognomoniques : l'aggravation et l'extension du délire au cours de moments féconds ou expériences délirantes séparés par des intervalles de non production, et nous verrons que tous les malades tardivement traités de nos observations ont présenté cette évolution. A plus long terme, il est maintenant classique de considérer comme typique une évolution qui se fait vers la conservation du délire, mais aussi de la lucidité, des capacités intellectuelles et de l'ouverture au monde réel, qui contraste avec le noyau délirant et hallucinatoire. Aussi avons-nous éliminé tous les malades qui ont présenté au cours de l'évolution de leur délire une détérioration intellectuelle ou une indifférence au monde réel, qu'elle soit transitoire ou définitive.

Ainsi défini notre cadre clinique, nous en avons assuré les limites par l'utilisation de critères négatifs dont le but était de garantir sa pureté et d'en éliminer toute autre pathologie mentale.

2) Les critères négatifs

Nous avons éliminé de nos observations toutes celles où pouvait être noté n'importe quel élément pathologique même transitoire évoquant une autre maladie mentale et, sans nous étendre davantage, précisons : l'absence de troubles de l'humeur d'aspect maniaco-dépressif, l'absence de symptômes de la série dissociative, l'absence de détérioration intellectuelle ou d'arriération mentale ; ces deux derniers éléments ont été vérifiés par des tests de Weschler-Bellevue (échelle française) aussi souvent que cela fut possible.

Puis, pour plus de pureté, nous avons encore retranché toutes les observations où des antécédents mentaux notables étaient signalés, qu'il s'agisse de troubles du caractère ou de troubles de la personnalité revêtant un aspect névrotique.

Enfin, après avoir pratiqué un bilan somatique aussi complet que possible, nous avons éliminé encore tous les malades présentant une évolution organique chronique grave susceptible de perturber à elle seule certains comportements, voire certaines manifestations symptomatiques de la psychose.

Ainsi, nous ne le redirons pas au cours de cet exposé, tous les malades dont nous publierons l'histoire sont à considérer, dans les limites de nos connaissances actuelles, comme indemnes somatiquement, tant cliniquement que biologiquement.

C'est à dessein que nous n'avons pas fait figurer dans ces critères la personnalité du délirant dans ce qu'elle a d'antérieur au délire et ceci pour deux raisons. Il est souvent malaisé de la déterminer avec rigueur rétrospectivement, alors que le malade présente une évolution pathologique grave. D'autre part, elle est différemment appréciée par les auteurs : pour G. de Clérambault, il n'y a pas de prédisposition particulière de style paranoïaque, et il n'y en a pas toujours pour Henri Ey. Quant à nous, il nous a paru exister chez nos malades deux types de personnalité, les unes de constitution franchement paranoïaque, les autres où l'on ne retrouvait pas ces éléments mais une anxiété basale considérable voire des aspects obsessionnels.

Finalement, nous avons retenu 80 malades représentant des cas aussi purs que possible de psychose hallucinatoire chronique, hors de toute autre évolution pathologique.

Tous ces malades ont été traités par des médications neuroleptiques selon des modalités diverses, soit après une longue évolution morbide, soit dès l'apparition des premiers symptômes. C'est ce groupe que nous nous proposons d'étudier dans le devenir de chacun de ses éléments, à travers les variations d'administration et de nature dans les thérapeutiques neuroleptiques utilisées.

CHAPITRE II

PIECES DU DOSSIER ET PROTOCOLE D'EXAMEN

Nous voulons préciser avant de présenter nos observations sur quelles bases celles-ci ont été rédigées, pour qu'il soit possible au lecteur d'apprécier le crédit qu'on peut leur apporter. Les choses se présentent assez différemment selon l'époque où se situe le séjour hospitalier du malade.

Pour les malades dont l'hospitalisation est récente à dater d'une période débutant en 1960, nous avons pu procéder à l'observation nous-mêmes aidés et conseillés par notre chef de Service, examiner le malade autant de fois que nous l'avons désiré, lui appliquer les thérapeutiques de notre choix et procéder à tous les examens paracliniques que nous nous étions fixés. Les conclusions dont nous faisons état sont celles que nous avons portées à une période très récente et que notre chef de Service a entérinées en leur apportant parfois les modifications que son expérience beaucoup plus étendue que la nôtre lui faisait apparaître comme nécessaires.

Pous les malades dont le séjour à l'hôpital est antérieur à 1960 (ils sont moins nombreux d'ailleurs dans nos 80 observations), nous avons rédigé l'observation après un dépouillage soigneux du dossier. Celui-ci comprend en général les certificats des chefs de Service donnant de façon précise le détail des troubles présentés ainsi qu'un diagnostic à l'entrée et au quinzième jour d'hospitalisation, puis l'état du malade à sa sortie, les conditions de cette sortie et les raisons qui l'ont motivée. La période intermédiaire entre ces certificats est couverte par les notes plus ou moins espacées que prend l'interne du Service sur l'observation, ainsi que par les lettres que le chef de Service adresse aux familles assez fréquemment pour leur donner des nouvelles du malade. Bien entendu, les examens complémentaires tels les tests et des examens de laboratoire sont versés à ce dossier. Enfin, les maladies organiques intercurrentes y sont signalées. De plus, une feuille de renseignements est remplie à

l'entrée par les familles aidées de l'interne de garde et il y est fait état de tous les antécédents collatéraux et personnels, enfin de la date et du mode de début des troubles actuels. Disons pour terminer que nous n'avons évidemment pas choisi dans ces cas les thérapeutiques appliquées mais qu'elles sont toutes neuroleptiques exclusivement et classiques dans les doses et les produits choisis.

Ainsi, ces observations, *a posteriori*, nous semblent assez solides pour qu'il nous soit permis d'en faire état et nous avons toujours trouvé dans nos dossiers des renseignements variés et précis, les thérapeutiques y sont toujours fidèlement signalées et datées, ainsi que les ateliers fréquentés par le malade, ses résultats, la qualité de son comportement, ces éléments étant rigoureusement tenus à jour par le personnel infirmier.

Si une certaine imprécision peut subsister pour ces malades, elle concerne à notre avis certains examens de laboratoire qui n'ont pas été effectués (tests psychométriques dans un petit nombre de cas) et parfois les modalités exactes des thérapeutiques non spécifiques (chloral, gardénal, somnifène, etc...) subies dans des années fort anciennes. Il semble qu'il s'agisse là d'inconvénients mineurs, peu susceptibles d'intervenir dans l'appréciation de la pureté des cas.

Pour terminer, ajoutons qu'il est difficile parfois d'apprécier la qualité définitive d'une guérison lorsque les malades n'ont pas été suivis dans les dispensaires après leur sortie ; mais, dans les conditions de notre travail, ce fait semble indiquer une stabilisation, car l'hôpital psychiatrique représente dans notre département avec ses dispensaires, la seule possibilité actuelle de consultation psychiatrique et les rechutes sont presque toujours revues par l'un ou l'autre des chefs de Service de notre hôpital.

CHAPITRE III

PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Nous présentons, dans ce groupe, 40 observations. Il s'agit des premières que pous avions retenues, psychoses hallucinatoires chroniques depuis longtemps hospitalisées dans notre hôpital psychiatrique et n'ayant bénéficié que tardivement de la mise en œuvre des thérapeutiques neuroleptiques, ces médications ayant été utilisées pour la première fois à des dates variant de 1952 à 1956, selon les Services et les médecins en fonction à l'époque.

C'est parmi ces malades, totalisant plusieurs siècles de vie hospitalière, que se trouvent ces « travailleurs » menant une vie très libre et tout aussi adaptés au cadre de l'hôpital que l'est le personnel hospitalier à leur présence journalière.

Nous avons résumé ces observations au maximum, nous contentant d'exposer brièvement le délire originel et son évolution sans thérapeutique et signalant, lorsqu'ils existaient, les troubles du comportement et de la personnalité, voire quelques éléments plus particuliers lorsqu'il y avait lieu de le faire.

- OBS. N° 1 : *Madame L... Henriette,* soixante-trois ans.

Est internée à l'hôpital psychiatrique en 1952.

Cette malade présente un délire hallucinatoire chronique systématisé, évoluant depuis deux ans. Celui-ci est dirigé contre son mari qui cherche à l'empoisonner par des moyens mystérieux. Les hallucinations cœnesthésiques et auditives sont multiples. Il est remarquable qu'elle représente pour son fils, débile moyen, interné le même jour qu'elle, l'élément inducteur du même délire et qu'elle poussait son fils à se livrer à de nombreuses violences sur son père.

Elle est traitée en 1954 par 150 mg/24 heures de Largactil qui semble n'avoir pas d'action sur le délire.

En 1955, puis en 1956, deux séries d'électrochocs sont tentées sans résultat.

Depuis 1964 enfin, elle est traitée par l'Halopéridol à la dose de 5 mg/24 heures.

Dans le courant de l'année 1964, les hallucinations disparaissent, mais la malade reste extrêmement rigide et garde toutes ses convictions. Elle est finalement placée en hospice sous surveillance psychiatrique.

En résumé, disparition des hallucinations après de nombreuses années, vraisemblablement grâce à l'utilisation d'Halopéridol, mais persistance des convictions délirantes et de la psychorigidité.

• OBS. N° 2 : *Mademoiselle J... Julie,* cinquante ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1945.

Cette malade présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique caractérisée par des idées délirantes de persécution par une cousine et une voisine qui veulent la faire entrer au couvent. Il existe un riche syndrome d'influence et des communications permanentes avec ses persécuteurs.

Elle est traitée par une série de 17 électrochocs qui amènent une amélioration spectaculaire et elle sort la même année. Elle est réintégrée en 1948, son délire ayant récidivé *ad integrum.* Elle est de plus subexcitée et agressive.

Elle n'est traitée qu'à partir de 1955 par 200 mg/24 heures de Largactil. Cette nouvelle thérapeutique amène une guérison apparente avec critique du délire apparaissant au bout d'une assez longue période seulement, et elle sort en 1956. Elle est réintégrée la même année, ayant arrêté toute thérapeutique, avec réapparition du délire *ad integrum.*

Elle est alors traitée par 100 mg/24 heures de Majeptil. Les hallucinations disparaissent très rapidement, la personnalité se stabilise et, quand elle sort en 1961, les convictions délirantes sont oubliées.

Elle arrête toute thérapeutique et est réintégrée en 1963 ; son délire est identique. Une thérapeutique par l'Halopéridol fait cesser les hallucinations et les troubles de la personnalité, mais les convictions délirantes persistent actuellement.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique avec guérison apparente par les thérapeutiques neuroleptiques. Récidive *ad integrum* à chaque interruption thérapeutique. Ces récidives sont sensibles à un nouveau traitement, mais les convictions délirantes semblent plus longues à s'estomper.

• OBS. N° 3 : *Mademoiselle G... Eugénie,* soixante-seize ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1931, alors âgée de quarante-trois ans.

Cette malade présente à cette époque une psychose hallucinatoire chronique typique. Il s'agit de persécutions organisées par sa sœur et son beau-frère pour une histoire d'héritage, d'ailleurs réelle. Elle entend leur voix, ils la menacent, se moquent d'elle, la brûlent avec des ondes de chaleur. Elle est rigide, sûre d'elle, exigeante, revendicant sa sortie immédiate. Elle est « inaccessible au raisonnement, n'écoute pas », note-t-on à l'époque.

Elle n'a pas reçu de traitement jusqu'en 1955 et il semble bien que cet état de choses soit dû en partie, d'après les éléments du dossier, au fait que son

attitude hautement paranoïaque et revendicatrice l'ait livrée à la contre-agressivité des psychiatres. On note en tous cas, en 1940, « qu'elle est intolérable, inaccessible au raisonnement, pratiquant la négation systématique et bouchée à l'émeri ». Les hallucinations existent toujours.

Traitée depuis 1955, elle reçoit 3 comprimés par 24 heures de Réserpine, puis en 1959, 150 mg/24 heures de Largactil. Progressivement, l'agressivité s'amende, elle accepte l'hospitalisation, elle cesse d'avoir des attitudes d'écoute.

Actuellement, persistent des convictions délirantes vagues et de rares hallucinations auditives (voix de son mari qui lui crie bonsoir). Il n'y a pas de systématique délirante.

En résumé, amélioration partielle après un traitement très tardif, persistance des convictions délirantes modifiées dans leur expression.

• OBS. N° 4 : *Mademoiselle B... Angéline,* cinquante-quatre ans.

Entre à l'hôpital psychiatrique en 1947.

Cette malade présente alors un délire de persécution avec hallucinations auditives et cœnesthésiques sexuelles où les persécuteurs sont les prisonniers allemands. Ce délire évolue depuis deux ans environ et est bien systématisé. Mademoiselle B... présente de plus un état dépressif réactionnel à son délire et a fait une tentative de suicide.

A son entrée, elle est traitée par deux séries successives d'électrochocs séparées par deux mois d'intervalle. Les hallucinations disparaissent au troisième mois et la malade s'adapte bien à la vie hospitalière.

Depuis 1953, elle prend régulièrement 150 mg/24 heures de Largactil et est devenue travailleuse libre dans les ateliers. Elle ne voit le médecin que très rarement. Néanmoins, récemment (1963), on a pu constater à plusieurs reprises la persistance de convictions délirantes intactes, et associé alors au Largactil 150 mg/24 heures de Moditen.

Actuellement, les convictions sont intactes, la personnalité est encore méfiante et rigide. Il existe de petits phénomènes interprétatifs et peut-être des hallucinations qu'il n'est pas possible de préciser en raison de la réticence de la malade.

En résumé, malade traitée par électrochocs. Bonne amélioration immédiate permettant une vie active dans le cadre de l'hôpital, mais persistance des convictions sans changement et faible apport des neuroleptiques.

• OBS. N° 5 : *Mademoiselle C... Paulette,* trente-huit ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1952.

Cette malade présente à l'entrée un riche délire hallucinatoire d'influence avec commentaire des actes, écho de la pensée, hallucinations cœnesthésiques diverses. Ce délire est organisé autour des persécutions exercées sur elle par un médecin dans un but de psychanalyse.

Jusqu'en 1955, elle ne reçoit pas de thérapeutique. De 1955 à 1959, elle est traitée par une association de Largactil (250 mg/24 heures) et de Réserpine (6 comprimés par 24 heures). Depuis 1959, un traitement par 7,5 mg/24 heures d'Halopéridol a été institué.

Le délire ne s'est jamais modifié. Aucun neuroleptique n'a semblé être actif. Les hallucinations auditives sont journalières, la persécution continue, si intense que la malade l'exprime à l'un de nous en qui elle a confiance malgré sa réticence et sa rigidité habituelles. Des réactions d'agressivité ne sont évitées que par une diplomatie journalière et des mesures strictes d'internement.

En résumé, traité après un délai de quatre ans, le délire s'est révélé résistant. Il est à noter que malgré son apparition à l'âge de vingt-six ans, il est resté intact sans dissociation schizophrénique.

• OBS. N° 6 : *Mademoiselle R... Angéline,* soixante-douze ans.

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1933 après expertise médico-légale pour violence.

A son entrée, cette malade présentait une très riche psychose hallucinatoire chronique avec syndrome d'influence, écho de la pensée, riches hallucinations auditives et surtout cœnesthésiques sexuelles. Le persécuteur était un médecin.

Elle ne reçoit pas de traitement, sinon du Gardénal, et n'est traitée que depuis 1954 par une association de Nozinan et de Largactil (200 mg/24 heures). Il est à noter qu'elle n'a pas subi de sismothérapie.

Depuis 1960, un traitement par 10 mg/24 heures d'Halopéridol a été essayé.

Après trente et un ans, le délire s'est enrichi et étendu. Les persécuteurs sont toujours les médecins, mais organisés en une bande nationale. Les hallucinations auditives sont journalières (menaces, insultes). De plus, il existe de très riches hallucinations cœnesthésiques sexuelles : on lui épile le pubis et les cheveux, les médecins l'endorment et l'emportent nuitamment dans des maisons de tolérance où ils la vendent pour la nuit, on lui impose des orgasmes.

En résumé, malade traitée très tardivement, échec complet des cures neuroleptiques. Les tentatives d'ergothérapie ou de sociothérapie hospitalière ont été autant d'échecs.

• OBS. N° 7 : *Madame C... Henriette,* soixante-cinq ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1942.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant sans traitement depuis deux à trois ans. On note à l'époque un automatisme mental intense avec hallucinations très actives, auditives et cœnesthésiques. Il s'agit d'une personnalité paranoïaque dont l'état de subexcitation psychique aggrave encore l'attitude envers l'entourage.

Elle est traitée par plusieurs séries d'électrochocs jusqu'en 1957, mais ces thérapeutiques échouent puisqu'on note à cette date : « Malade sensiblement inchangée, hallucinations très actives, revendicatrice, mais mieux adaptée à la vie hospitalière ».

Depuis 1957, elle a reçu une association de 150 mg/24 heures de Nozinan et de 150 mg/24 heures de Largactil et cette thérapeutique fut maintenue jusqu'en 1961. A cette époque, on note : « Toujours aussi hallucinée et délirante. » Une tentative de traitement par 7,5 mg/24 heures d'Halopéridol est alors instituée et on note en 1965 : « Plutôt aggravée, très délirante, multiples voix, réseau délirant en extension. »

En résumé, psychose hallucinatoire chronique très ancienne, traitée très tardivement par les neuroleptiques. Echec complet.

• OBS. N° 8 : *Madame M... Germaine,* soixante ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en placement volontaire en 1964.

Depuis dix ans, cette malade présente des phénomènes hallucinatoires auditifs sans avoir jamais été traitée. Ces phénomènes ont été au début à thème d'influence. Ils prennent actuellement la forme de renseignements donnés à voix basse par une voisine et concernant une liaison entre la fille et le mari de la malade ; celui-ci tenterait de plus de l'empoisonner. Ces thèmes résument l'organisation délirante actuelle. Madame M... est extrêmement réticente, rigide, et ne reconnaît pas être malade.

Elle reçoit 6 mg/24 heures d'Halopéridol auquel on associe 100 mg/24 heures de Largactil. Cette thérapeutique est maintenue depuis.

Actuellement, le délire semble inchangé, les convictions intactes. Il existe encore quelques phénomènes hallucinatoires. La réticence et la rigidité se retrouvent toujours.

En résumé, échec actuel des traitements neuroleptiques sur un délire hallucinatoire évoluant depuis dix ans.

• OBS. N° 9 : *Mademoiselle A... Louise,* soixante ans.

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1932.

Cette malade présente à son entrée un état dépressif réactionnel à un syndrome hallucinatoire auditif : « J'ai perdu la raison, dit-elle, j'entends des gens qui ne sont pas là, est-ce ça le téléphone ? Ils connaissent ma pensée puisqu'ils y répondent. Ils doivent vouloir me tuer pour hériter de moi. » Elle refuse de nommer les persécuteurs.

Dans les années suivantes, où elle est traitée par des douches, le délire s'aggrave et se systématise. Les persécuteurs sont des frères avec lesquels elle est en froid. Les voix sont journalières, elle leur répond.

Elle reçoit ensuite diverses thérapeutiques sans résultat jusqu'en 1956, date à laquelle on institue un traitement par 200 gouttes/24 heures de Largactil. En 1964, le Largactil est associé au Tripéridol.

Actuellement, le délire est fixé, le réseau n'est pas extensif, les voix sont moins fréquentes mais persistent, l'adaptation à la vie hospitalière est excellente, il n'y a pas de troubles du comportement.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée. Assez bonne amélioration d'ensemble.

• OBS. N° 10 : *Madame B... Marguerite,* soixante ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1943.

Cette malade est hospitalisée pour un délire hallucinatoire chronique évoluant depuis deux ans et ayant déjà nécessité deux internements. Le certificat d'entrée note : « Psychose hallucinatoire chronique de systématisation assez parfaite, automatisme mental intense avec hallucinations auditives, tortures cœnesthésiques, persécuteurs nettement désignés. »

Elle reçoit du Gardénal et du Chloral jusqu'en 1954 et on note à cette époque que l'état est inchangé quoiqu'elle soit plus calme.

Depuis 1954, elle reçoit du Largactil à la dose de 200 mg/24 heures jusqu'en 1964, date à laquelle il est remplacé, son état étant stationnaire, par 8 mg/24 heures d'Halopéridol.

Actuellement, elle est très adaptée et représente un élément indispensable aux cuisines de l'hôpital. Elle est souriante, elle exprime sans réticence un réseau délirant extrêmement extensif bien que les hallucinations y soient très peu représentées. Elle est victime d'une bande de mauvaises gens, dirigée par des femmes homosexuelles et elle alimente sa persécution par des interprétations multiples.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement. Les neuroleptiques ont permis le contact, la raréfaction des hallucinations, l'adaptation à l'hospitalisme, mais le délire est présent et extensif.

• OBS. N° 11 : *Madame O... Georgette,* soixante-cinq ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1956.

Cette malade a présenté des fugues et des migrations successives en rapport avec une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une dizaine d'années : l'électricité, les rayons et les gaz qui lui sont adressés par ses voisins successifs sous le contrôle du gouvernement l'obligent à parler et à répondre à leurs voix. Elle pense que tout ceci est en rapport avec la guerre de 1939. Elle est extrêmement rigide, refusant souvent de répondre, fuyant le contact.

Elle est alors traitée par une association de 200 mg/24 heures de Largactil et de Phénergan. Les hallucinations disparaissent assez rapidement, le contact, sans être bon, devient possible et la conviction délirante existe toujours lorsqu'en 1960 elle est placée dans un hospice où le traitement est poursuivi.

Elle est néanmoins réintégrée en 1961 pour une récidive *ad integrum* du délire et une attitude d'agressivité extrême avec refus de répondre aux questions, tentatives de fuite. Elle est traitée par 3 mg/24 heures d'Halopéridol et les hallucinations disparaissent. Elle garde ses convictions délirantes et s'isole. Le traitement est poursuivi jusqu'en 1965 où l'apparition d'une détérioration intellectuelle débutante estompe les convictions et les rend floues. Elle est alors placée en hospice.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée par le Largactil avec succès mais conservation des convictions délirantes, récidive sous thérapeutique. Résultats un peu meilleurs de l'Halopéridol mais conservation des convictions délirantes.

• OBS. N° 12 : *Mademoiselle D... Lucie,* cinquante-trois ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1950.

Cette malade est internée pour des idées délirantes dirigées contre certains membres de sa famille (sœur, frère) dont elle entend les voix, mais surtout un semi-mutisme et de violentes réactions d'opposition en milieu hospitalier, une rigidité, qui la font étiqueter à l'époque « débile délirante ».

Elle est traitée par électro-chocs et s'occupe alors régulièrement avec calme, mais gardant toujours le mutisme qu'elle présentait à son entrée. Elle est placée en hospice.

Elle est réintégrée en 1960 pour la réapparition d'un délire hallucinatoire surtout auditif, systématisé contre ses frères et sœurs qui veulent la déposséder et dont elle entend les voix menaçantes. Elle est alors traitée par du Témentil à la dose de 75 mg/24 heures et n'exprime plus son délire, tout en conservant une attitude d'opposition. Elle est de nouveau placée en hospice.

Une interruption thérapeutique décidée par le médecin de l'hospice la fait réadmettre en septembre 1964 pour une récidive *ad integrum* du délire et des hallucinations auditives. Elle est testée et le Weschler-Bellevue ne révèle qu'une débilité très légère (Q.I. 95). Elle est traitée par la Terfluzine à la dose de 4 comprimés par 24 heures. Les hallucinations disparaissent, le délire s'estompe, mais il persiste de gros troubles de la personnalité et du contact, avec en particulier des revendications hypocondriaques.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis longtemps, amélioration du délire et des hallucinations, mais conservation d'une personnalité psychopathique. Récidives par interruption thérapeutique.

• OBS. N° 13 : *Madame F... Joséphine,* quatre-vingt-deux ans.

Hospitalisée pour la première fois à Villejuif dans la Seine en 1934, alors âgée de cinquante-et-un ans, elle est admise dans notre hôpital psychiatrique en 1936.

Cette malade présente un délire hallucinatoire de persécution. On note à son entrée un syndrome d'influence ancien. Des voix lui disent qu'elle est voleuse,

que ses papiers ne sont pas en règle. C'est sa belle-sœur, jalouse d'elle, qui dirige les persécuteurs. Il y a un vol et un écho de la pensée, des actes imposés.

Jusqu'en 1958, elle ne reçoit que des traitements épisodiques et ne comprenant aucun neuroleptique. On note toutefois en 1943 que le délire semble se fixer, qu'il n'y a plus d'hallucinations. Par contre, il reste une tendance revendicatrice avec rigidité du raisonnement et des troubles de l'humeur.

En 1955, un moment fécond hallucinatoire apparaît avec enrichissement du délire et l'on démarre alors une thérapeutique par 50 mg/24 heures de Largactil. Rapidement les hallucinations disparaisesnt à nouveau, l'humeur se stabilise, mais la malade garde ses convictions et une agressivité intense envers sa belle-sœur. En partie à cause de cette agressivité, elle ne peut sortir et est chronicisée à l'hôpital dans les ateliers où elle a une excellente adaptation.

Divers neuroleptiques sont ensuite essayés jusqu'en 1963, mais on n'observe aucune modification des convictions. La personnalité est rigide.

La malade est sortie en 1963, son agressivité et son délire s'étant éteints avec sa belle-sœur. Elle a pu alors être placée en hospice mais conserve ses convictions délirantes concernant les événements antérieurs et un fond de personnalité rigide. La malade est actuellement âgée de quatre-vingt-deux ans et il n'y a pas de détérioration intellectuelle.

En résumé, malade traitée très tardivement. Disparition des hallucinations par le traitement neuroleptique, mais conservation des convictions délirantes et de la personnalité rigide.

- OBS. N° 14 : *Madame B... Cécile,* soixante-douze ans.

Adressée à l'hôpital psychiatrique en 1963.

Cette malade présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une quinzaine d'années sans traitement et qui avait toujours été compatible avec une vie familiale. Madame B.., en effet, délirait contre sa fille mais vivait avec la famille de son fils dans une ferme isolée au milieu des bois, sans moyens de communication. Son délire est à thème de persécution par sa fille qui désire la supprimer pour hériter. Elle est aidée en cela par un médecin qui désire lui faire embrasser la profession médicale. Celui-ci dispose d'appareils, il communique avec sa pensée, lui parle, lui envoie des ondes. Elle est hospitalisée à l'occasion d'un épisode d'agitation. Elle a cru que le médecin persécuteur allait venir chez elle.

Elle est traitée avec difficulté car tous les neuroleptiques essayés ont amené des phénomènes akinéto-hypertoniques intenses. Finalement, elle reçoit uniquement 150 mg/24 heures de Melleril. L'agitation se calme extrêmement rapidement. Par contre les voix disparaissent plus lentement. La malade nous fait part de sa stupéfaction en ces termes : « ne serait-il pas arrivé quelquechose à ma fille, je ne l'entends plus », et bien que cette fille soit la persécutrice, elle a l'air sincèrement navrée. Le contact est dès lors excellent. Elle nous dira encore après six mois de thérapeutique : « tout est fini, je n'entends plus rien maintenant, pourtant j'y étais tellement accoutumée ».

Vu les conditions sociales particulières, elle sort rapidement et son fils qui a grande influence sur elle se charge de lui faire accepter sa thérapeutique. Elle va très bien depuis sa sortie et conserve des convictions délirantes partiellement oubliées.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement par les neuroleptiques et peu évolutive, semble-t-il. Amélioration spectaculaire par une thérapeutique neuroleptique minimale.

• OBS. N° 15 : *Madame B... Marie,* soixante-et-un ans.

Internée d'office en 1951 pour coups et blessures sur la personne de ses voisins.

Cette malade présente à l'entrée un délire de persécution mal systématisé, les persécuteurs sont toutefois des voisins, et reposant sur un riche syndrome hallucinatoire (voix menaçantes, commentaires des actes, vol de la pensée, hallucinations coenesthésiques).

Elle subit une cure d'électro-chocs qui coupe le syndrome hallucinatoire sans modifier ses convictions et elle sort rapidement car on a pensé à l'époque que, son mari déménageant, le délire mourrait avec l'éloignement des persécuteurs. Elle est réintégrée en 1959 avec une récidive *ad integrum* du délire, de nouveaux voisins s'étant associés aux anciens persécuteurs. Elle présente de plus des troubles de l'humeur à type d'excitation, souvent agressive, et de logorrhée.

Traitée par 50 mg/24 heures de Largactil, elle sort après six mois en ébauchant, dit-on, une critique partielle des troubles présentés ; néanmoins, elle déménage à nouveau aussitôt sortie.

La thérapeutique est sans doute rapidement interrompue (nous ne possédons pas de renseignements à cet égard) et elle est réintégrée en août 1963 avec un délire beaucoup plus systématisé où les hallucinations acoustico-verbales à nuance péjorative dominent.

Elle est traitée alors par 50 mg/24 heures de Moditen. Les hallucinations disparaissent assez rapidement ainsi que l'agressivité et elle quitte l'hôpital au début de l'année 1964 sur demande expresse de sa famille qui pense pouvoir la réadapter en maintenant la thérapeutique. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis, mais à la sortie elle avait conservé sa méfiance à l'égard des voisins, ses convictions délirantes rétrospectives et un fond de tempérament richement paranoïaque.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement. Rémission des productions hallucinatoires sous neuroleptiques, récidive par interruption thérapeutique, conservation des convictions délirantes et du fond de personnalité.

• OBS. N° 16 : *P... Roger,* soixante-et-un ans.

Entré à l'hôpital psychiatrique en 1939.

Ce malade présente à l'entrée un délire de persécution richement hallucinatoire avec syndrome d'influence complet. Les persécuteurs sont désignés, ce sont des

hommes de loi qui contrôlent et influencent son esprit, commandent ses actes et ses pensées, lui infligent des tortures multiples par la voie des ondes (piqûres, coups de poing à distance, etc...).

Jusqu'en 1959, il n'est traité que par des médications sans importance (Chloral, Gardénal), mais son comportement lui permet de travailler régulièrement. C'est un gros travailleur abattant un travail considérable, en silence, n'ayant pas de rapports avec les autres, interrompant parfois son labeur pour répondre à une hallucination impérative. On note en 1959 : « présente un délire de persécution intact avec hallucinations et troubles psycho-sensoriels multiples, les persécuteurs sont nominalement désignés ».

A partir de 1959, il est traité par 100 mg/24 heures de Largactil d'abord injectable, puis par voie orale. Son comportement ne change guère, le malade signale néanmoins à plusieurs reprises la disparition des hallucinations. Il est envoyé à plusieurs reprises en permission dans sa famille et s'y comporte toujours fort bien.

En août 1963, la thérapeutique est interrompue à titre expérimental sans modifications. Le malade sort finalement au début de l'année 1964, il conserve ses convictions délirantes mais celles-ci sont parfaitement compatibles avec sa vie de famille. Il n'a pas changé depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique ancienne, traitée très tardivement par les neuroleptiques. Disparition des hallucinations. L'amélioration du comportement obtenue avant la cure neuroleptique par l'ergothérapie et la sociothérapie ont permis la sortie. Conservation néanmoins des convictions concernant les événements antérieurs.

- OBS. N° 17 : C... *Antoine,* soixante-sept ans.

Interné d'office en 1964 pour vagabondage.

Ce malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une quinzaine d'années. Il est traité depuis dix ans par les neuroleptiques dans l'hôpital psychiatrique dont il vient de s'évader pour s'enfuir dans notre département. Nous ne l'avons vu qu'à l'entrée puisqu'il a été immédiatement transféré dans son hôpital psychiatrique d'origine.

Nous avons appris que son traitement comportait du Largactil et de l'Haloperidol. Or à l'entrée, le malade présentait une psychose hallucinatoire chronique en pleine évolution avec hallucination multiples, délire intense et extensif, réactions sthéniques.

En conclusion, malade qui ne semble pas amélioré par un traitement neuroleptique tardif.

- OBS. N° 18 : *M... Antoine,* cinquante-trois ans.

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Un syndrome hallucinatoire évolue chez ce malade depuis une quinzaine d'années sans qu'il ait été consulté. Il est en communication avec Dieu. Il entend

sa voix presque toute la journée. Sa conscience ne lui appartient plus, ses actes sont imposés. Mais il pense être l'objet d'une expérience divine particulière et jusqu'à présent supportait fort bien l'existence de ces troubles. Il admet très mal l'hospitalisation et les thérapeutiques et conçoit une haine farouche contre son médecin de famille qui a rédigé le certificat.

Il est traité par 7 mg/24 heures d'Halopéridol et l'on observe assez rapidement une modification nette du comportement qui permet de lui faire admettre la nécessité de l'hospitalisation et en partie le caractère morbide des troubles présentés. Néanmoins, le délire persiste à ce jour ; bien que le malade nie les hallucinations, il produit encore sous forme d'interprétations.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique ancienne traitée tardivement par les neuroleptiques qui ont permis une meilleure adaptation mais n'ont pas amené de critique du délire.

• OBS. N° 19 : *L... François,* soixante-neuf ans.

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1949.

Ce malade présente un syndrome délirant hallucinatoire de persécution ayant entraîné des réactions médico-légales, en particulier des agressions dont il se défend mais que ses voix l'obligent à réaliser. Il est sous l'influence permanente de sa femme, décédée en 1946, qu'il croit cachée dans la ville. Elle dirige sa pensée, lui parle, lui impose des actes et lui envoie des ondes et des influx.

Il est traité à diverses reprises et sans succès par des électro-chocs jusqu'en 1955, date à laquelle on institue un traitement par 300 mg/24 heures de Largactil.

On note progressivement une amélioration du syndrome d'influence. Il n'y a plus d'actes ou de pensées imposées, donc plus de réactions violentes, mais les hallucinations acoustico-verbales persistent toujours. Divers neuroleptiques sont essayés depuis 1958 sans succès. Actuellement, les hallucinations et le délire persistent bien que le malade soit très adapté à la vie hospitalière.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée. Les neuroleptiques ont permis une adaptation à une vie de semi-liberté dans le cadre de l'hôpital, mais le délire est resté intact. De nombreux moments féconds ont été observés.

• OBS. N° 20 : *A... Pierre,* soixante-quatre ans.

Entre à l'hôpital psychiatrique en 1940 après expertise médico-légale pour meurtre.

Il s'agit du meurtre d'un de ses voisins faisant partie de la bande de ses persécuteurs qui venait tenter d'éteindre un incendie que le malade avait allumé volontairement chez lui. Il présente en effet une psychose hallucinatoire chronique très riche évoluant depuis un ou deux ans avec des hallucinations de tous les sens, permanentes et très intenses. Le délire de persécution est centré sur une

bande de voisins qui ont décidé de le ruiner. Ils le violent toutes les nuits, lui font courir des serpents sur le corps, dirigent sa pensée, etc... Auparavant, il a toujours été un violent et un impulsif ne supportant pas la contradiction, se surestimant.

Il est peu ou pas traité jusqu'en 1947 et s'évade cette année-là. Il fait une nouvelle tentative de meurtre et est réintégré. On note là que le délire est aussi actif et que le syndrome d'influence est complet.

En 1956, après deux ans de Largactil (jusqu'à 700 mg/24 heures), le délire est intact. C'est un malade très dangereux, revendicateur, agressif, dont les agressions sur le personnel et les tentatives d'évasion ne se comptent plus. Il présente un syndrome d'influence complet.

Depuis 1958, il est traité par une association de Largactil (200 mg/24 heures) et de Témentil (150 mg/24 heures) et les hallucinations s'estompent progressivement. Puis, le comportement s'amende peu à peu à tel point qu'en 1960, le malade est quasiment libre dans l'hôpital. Il travaille au magasin d'alimentation, il est souriant, serviable, aimable et bienveillant. Il n'a plus aucune hallucination, mais ces convictions délirantes restent inchangées et il rumine toujours des projets de vengeance. Une exploration plus poussée met toujours en évidence une personnalité hautement paranoïaque.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique à forme médico-légale traitée tardivement. (Malade très dangereux, tempérament paranoïaque.) Excellente amélioration du comportement et disparition des hallucinations par les neuroleptiques, mais conservation des convictions délirantes et du fond paranoïaque.

- OBS. N° 21 : C... *Pierre,* soixante-deux ans.

Hospitalisé depuis 1948.

Professeur en retraite, Monsieur C... est un des malades célèbres de notre hôpital. Il présente à son entrée une psychose hallucinatoire chronique à base d'hallucinations auditives, mais qui sous-tendent un délire littéraire bien particulier. Des voix, qu'il pense être celles de littérateurs célèbres décédés, lui ont indiqué et conseillé de nombreux écrits. Sa thèse favorite est la suivante : les œuvres de Rimbaud et « Atala » de Chateaubriand ont été plagiées dans « Les enfants du Capitaine Cook ». Il met au service de cette thèse une extraordinaire graphorrhée qui est loin d'être dénuée de valeur, voire d'arguments. Il s'est livré à une étude serrée de langage, de style, de vocabulaire et, en lui révélant des points communs entre les différentes œuvres, ces voix renforcent sa conviction. Ses inspirateurs défunts sont appelés par lui ses « occultes » et il entretient avec eux de longues conversations. Il est rigide, sûr de lui et n'admet aucune contradiction. Il admet mal l'hospitalisation qu'il supporte car actuellement dénué de ressources et de famille. Il est amusant de noter qu'avant son internement, des journaux littéraires ont publié ses articles et que des Rimbaldiens célèbres font encore état parfois de ses thèses.

Depuis 1955, pratiquement toutes les thérapeutiques neuroleptiques à toutes les doses ont été essayées sans apporter la moindre modification.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique sous-tendant un délire littéraire particulier, traitée tardivement. Echec complet des neuroleptiques.

• OBS. N° 22 : *B... Jean-François,* soixante-dix ans.

Est interné en 1934 après une agression sur ses voisins.

Il est très excité, agressif, proteste violemment. Il présente une psychose hallucinatoire chronique richement hallucinatoire, avec hallucinations acoustico-verbales (voix des voisins qui commentent sa pensée) mais surtout hallucinations coenesthésiques. Des appareils le suivent, entretenant autour de lui un courant d'air glacé. On lui a percé des trous dans le corps. On veut le dégoûter de vivre pour s'emparer de ses biens. Il est attaché à son entrée, tant ses réactions sont violentes. Malgré diverses thérapeutiques, son état reste absolument inchangé pendant de très nombreuses années et le délire s'étend.

Depuis 1955, il est traité par 300 mg/24 heures de Largactil, sans succès. En 1960, on a institué un traitement par 150 mg/24 heures de Majeptil. Presque immédiatement, les hallucinations disparaissent. Puis, dans l'année, le comportement s'amende, il accepte l'hospitalisation, s'intègre à la vie sociale de l'hôpital, il devient serviable et recherche beaucoup le contact du personnel infirmier, à tel point qu'il devient un des « travailleurs » les plus appréciés. Il mène une vie complètement libre dans l'hôpital depuis trois ou quatre ans, va à la ville voisine se promener et rentre le soir. Il n'a jamais tenté de quitter l'hôpital et ne désire d'ailleurs nullement le faire. Sa personnallité est pratiquement normale, aucun trait paranoïaque ne peut être relevé. De plus, les convictions délirantes se sont estompées dans le souvenir, le malade évoque son délire comme éloigné de lui et sans intérêt. L'état de Monsieur B... serait compatible avec une sortie, mais celui-ci n'a ni famille, ni point de chute et ne peut envisager une réadaptation professionnelle à soixante-dix ans.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique grave avec gros troubles du comportement, traitée tardivement par les neuroleptiques. Guérison quasi complète. Persistance d'idées délirantes résiduelles.

• OBS. N° 23 : *Madame R... Jeanne,* soixante-cinq ans.

Entrée à l'hôpital psychiatrique en 1945.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis quelques mois avec syndrome d'influence, vol de pensée, pensée dirigée et commentée. Elle subit des persécutions de la part de ses voisins et rapidement des infirmières du service dont elle entend les voix menaçantes et insultantes, mais aussi l'influence bénéfique du bon Dieu qui la guide. Elle est d'un excellent niveau intellectuel et se présente sthénique et agressive ; elle fait plusieurs tentatives de fuite qui obligent à la maintenir en service strictement fermé.

Elle est traitée tout d'abord par le Belladénal et le Somnifène, puis par le Laudanum qui n'amène aucune amélioration. A partir de 1954, elle reçoit 150 puis 300 mg/24 heures de Largactil, remplacé en 1961 par 60 mg/24 heures de Moditen. L'évolution n'est guère favorable, tout au plus note-t-on une diminution légère de la sthénie et de l'agressivité lors des entretiens. Il n'y a pas de détérioration intellectuelle et une relative adaptation à l'atelier d'ergothérapie, à l'intérieur du pavillon, existe.

Actuellement, les voix sont journalières, lui donnent des conseils (lui interdisent de manger), sa pensée est captée, il existe des hallucinations cœnesthésiques. Les persécuteurs font partie du personnel de l'hôpital mais elle ne veut pas les nommer.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée par les neuroleptiques. Très peu d'amélioration après vingt ans.

- OBS. N° 24 : *Madame D... Yvonne,* soixante-quinze ans.

Est placée d'office en 1942, après des actes d'agression sur son entourage.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis un an. Les hallucinations sont extrêmement riches : poste de T.S.F. dans la tête, voix injurieuses lui reprochant ses rapports intimes avec son patron, hallucinations cœnesthésiques sexuelles et olfactives. Les persécutions sont organisées par ses voisins jaloux d'un voyage en Italie qu'elle a fait avec son patron. Elle est assez agressive, d'humeur légèrement hypomaniaque.

Elle reçoit des thérapeutiques non neuroleptiques. On note en 1950 qu'elle n'est pour ainsi dire pas changée. Une thérapeutique par le Largactil, débutée en 1953, ne modifie pas le délire mais permet d'obtenir une disparition de l'agressivité et une adaptation professionnelle dans le cadre hospitalier. Il faut attendre l'essai d'une thérapeutique par l'Halopéridol, en 1961, pour voir les hallucinations disparaître à l'étonnement du personnel si habitué à cette malade en attitude d'écoute permanente et entretenant des conversations hallucinatoires.

Lorsque la malade sort à la fin de l'année 1961 pour être placée en hospice, elle est en excellent état, mais n'a pas critiqué ses convictions délirantes.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée par les neuroleptiques, avec de nombreux moments féconds. Très bonne amélioration néanmoins, mais conservation des convictions délirantes, toutefois estompées sous thérapeutique indéfiniment poursuivie.

- OBS. N° 25 : *Madame B... Suzanne,* soixante-treize ans.

Admise à l'hôpital psychiatrique en 1959.

Cette malade présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une vingtaine d'années, mais compatible avec une petite adaptation sociale en milieu rural et dans sa famille. Ce sont des motifs pécuniaires et sociaux qui justifient son entrée. Elle présente un syndrome hallucinatoire acoustico-verbal

(voix de voisins l'insultant et commentant sa pensée et ses actes). Elle pense que ces persécutions sont destinées à s'approprier sa propriété. Elle est subexcitée, un peu agressive et supporte assez mal l'hospitalisation.

Elle est traitée par 200 mg/24 heures de Largactil, puis par 200 mg/24 heures de Témentil. Elle reçoit enfin 400 mg/24 heures de Théralène ramenée peu à peu à 100 mg/24 heures.

Après deux ans, aucun changement n'est perceptible, sinon la disparition de l'agressivité, et en raison de sa bonne adaptation sociale antérieure, la malade est placée en hospice où elle vit depuis dans un état stationnaire.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'évolution très ancienne et tardivement traitée. Echec des neuroleptiques.

• OBS. N° 26 : *Madame R... Jeanne,* soixante-douze ans.

Internée d'office par la voie de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt en 1935.

Cette malade est internée pour de nombreuses réactions agressives dirigées contre sa fille avec tentative de meurtre dans laquelle elle a entraîné son mari, qui présente une paralysie générale démentielle, à être complice. Elle ne présente pas d'évolution syphilitique. Sa fille, âgée de quinze ans, dirige une organisation de jeunes filles qui ont décidé de l'empoisonner pour se libérer de son autorité. Elle sent l'essence dans le vin, elle entend des menaces et des cris dans la T.S.F. et des voix qui commentent ses actes et sa pensée. On lui envoie de la poussière dans les yeux, il existe un écho de la lecture. Elle est doucereuse et pleurnicharde, nie la tentative de meurtre et tentera à plusieurs reprises de s'évader.

Elle ne reçoit pas, jusqu'en 1954, de thérapeutique spécifique et on note à cette date : « Inactive, ton passionnel élevé, multiplicité des hallucinations, aucune rectification délirante. »

Depuis 1954, des thérapeutiques par le Largactil, la Réserpine, le Nozinan, le Témentil, le Moditen, l'Halopéridol ont été tentées tour à tour. Les seuls résultats ont été une adaptation à la vie hospitalière ; elle est calme et travaille régulièrement, elle n'est plus hallucinée. Quant au délire, il est intact et la malade s'y est relativement adaptée. Elle a été récemment transférée dans un hôpital psychiatrique plus proche du lieu de résidence de sa famille.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée, bonne adaptation hospitalière, mais aucune amélioration après trente ans d'évolution, sauf la disparition des hallucinations.

• OBS. N° 27 : *Madame L... Henriette,* soixante-cinq ans.

Entrée à l'hôpital psychiatrique en 1958.

Cette malade est admise pour une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis une quinzaine d'années. Elle présente à son entrée un délire de persé-

cution centré sur des hallucinations cœnesthésiques (décharges électriques) et acoustico-verbales (voix injurieuses). Les persécutrices sont des voisines jalouses. Il faut noter que ce délire est assez pauvre, exprimé sans passion et sans qu'aucun trait paranoïaque de la personnalité puisse être relevé.

La malade est traitée par du Largactil à la dose de 250 mg/24 heures et les hallucinations disparaissent assez rapidement. Elle s'occupe dans les ateliers d'ergothérapie, mais la conviction des persécutions antérieures reste intense et, pour ne pas retrouver ses persécutrices, elle refuse énergiquement toute sortie. Divers neuroleptiques ont été essayés tour à tour depuis 1960, mais sans qu'aucun changement soit obtenu.

En résumé, psychose hallucinatoire caractérisée par un délire assez pauvre, disparition des hallucinations et amélioration du comportement par les neuroleptiques, mais persistance des convictions délirantes.

• OBS. N° 28 : *Madame L... Marie,* soixante-sept ans.

Internée d'office en 1940 pour des violences exercées sur les voisins.

Cette malade présente à l'entrée des hallucinations polysensorielles à prédominance acoustico-verbale et génitale. Les persécuteurs sont des voisines jalouses et décidées à la rendre folle. Il y a eu de nombreuses démarches auprès des autorités, plusieurs réactions de violence. La production hallucinatoire est extrêmement active, elle est agressive et revendicatrice, n'admet pas l'hospitalisation et tente de s'évader à plusieurs reprises.

Après des thérapeutiques non spécifiques, les choses sont inchangées jusqu'en 1951 où l'on note : « Psychose hallucinatoire chronique avec troubles psychosensoriels multiples et incessants, sthénie paranoïaque intense, revendication et accusation systématisées. »

De 1954 à 1957, la malade est traitée par la Réserpine (4 comprimés par 24 heures) et le comportement s'amende quoique le délire reste inchangé. Mais la sthénie est diminuée et les revendications sont exprimées avec beaucoup moins de conviction.

Une sortie est tentée dans sa famille en 1957. Elle est réintégrée en mai 1961. Le délire a repris toute sa force et s'est étendu à son gendre, à sa belle-fille et à de nouveaux voisins. Sa conduite autoritaire et emportée, sa sthénie paranoïaque et la reprise d'hallucinations permanentes ont littéralement terrorisé sa famille.

Elle est traitée par 6 mg/24 heures d'Halopéridol. Cette thérapeutique est poursuivie depuis. Actuellement, la sthénie paranoïaque est atténuée, le comportement est excellent dans le cadre de l'hôpital, les hallucinations sont plus rares, mais les convictions demeurent.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique grave, tardivement traitée. Amélioration du comportement par les neuroleptiques, mais réduction très imparfaite du délire.

• OBS. N° 29 : *Madame L... Paulette,* soixante-douze ans.

Internée d'office en 1947 pour des violences.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique d'évolution récente. Elle est l'objet de persécutions incessantes organisées par le médecin de l'endroit qui veut la rendre folle pour faire des expériences. Les hallucinations sont multiples (cris, voix, piqûres, sensation de corde qui la ligote, de pointes qui la pénètrent, de touffes de cheveux qu'on lui arrache), et entraînent de multiples réactions, parfois excentriques : elle se barricade, sème des clous devant chez elle, va à l'église coiffée de serviettes protectrices, etc. Elle est sthénique, proteste et se défend. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel ni de troubles de l'humeur.

Traitée par le Somnifène et le Gardénal jusqu'en 1956, elle reçoit à partir de cette date 400 mg/24 heures de Largactil, dose progressivement ramenée à 150 mg/24 heures. L'amélioration est assez lente et le comportement n'a jamais été excellent malgré une adaptation relative. Quant au délire, il est pratiquement intact quoique les hallucinations aient disparu.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement. Aucune amélioration, sinon la disparition des hallucinations.

• OBS. N° 30 : *Madame F... Marie-Louise,* soixante-neuf ans.

Hospitalisée d'office en 1936.

Cette malade est hospitalisée à la suite de violences avec bris d'objets exercés contre l'atelier de verrerie de ses voisins (les dégâts matériels étant d'ailleurs considérables). Elle présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique très riche avec polyhallucinations, allusion à son cas par les journaux, à la T.S.F. La personnalité est décrite comme présentant : « Hypertonus, allusions, combativité, récriminations, propos ambigus et allusifs. » (Docteur Abely.)

Elle est traitée au Somnifène et au bromure jusqu'en 1953 où l'on note : « Toujours très délirante et hallucinée, le délire se systématise et s'étend, pas d'affaiblissement intellectuel (Docteur Donnadieu). A cette date, elle est traitée par une association de Largactil et de Réserpine. Le comportement s'amende rapidement et la malade demande spontanément à être occupée dans un atelier. Elle devient une « travailleuse » habituelle de l'hôpital vivant quasiment hors de son pavillon et n'ayant des contacts médicaux que fort espacés.

Depuis 1961, date où l'on constate que son délire est toujours actif, divers neuroleptiques ont été tour à tour essayés, mais son état est actuellement inchangé.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement, amélioration du comportement conduisant à l'hospitalisme, mais persistance des hallucinations et du délire dont le vécu semble devenu peu pénible pour la malade.

• OBS. N° 31 : *Madame D... Thérèse,* soixante-quatre ans.

Admise à l'hôpital psychiatrique en 1942.

Cette malade présente un délire hallucinatoire systématisé, les persécuteurs étant des voisins qui veulent lui faire vendre sa propriété. Elle est en communication avec eux plusieurs fois par jour. Ils l'insultent, critiquent ses actes et la tiennent au courant des progrès de leurs affaires. Néanmoins, son comportement n'est pas agressif, elle est calme, le contact est facile et elle vient chercher de l'aide à l'hôpital.

Traitée par des thérapeutiques non spécifiques jusqu'en 1958, elle est mise à cette date à un traitement par 150 mg/24 heures de Largactil. Les hallucinations qui avaient déjà perdu de leur fréquence avant cette thérapeutique disparaissent et le comportement semble normal au personnel soignant. Actuellement, l'état est inchangé et les convictions délirantes concernant les événements antérieurs sont entières. Il est envisagé de tenter prochainement pour cette malade une réinsertion sociale.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement par les neuroleptiques. Très bonne amélioration, mais pas de critique des idées délirantes.

• OBS. N° 32 : *Mademoiselle C... Marie-Thérèse,* soixante-et-onze ans.

Admise à l'hôpital psychiatrique en 1932.

Cette malade présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis sept à huit mois et ayant débuté par une brutale sensation d'intrusion étrangère avec gestes commentés, pensée inspirée, volonté substituée à la sienne, voix apportées par des rayons invisibles et pénétrant en des points variés de son corps, rayons froids et chauds, machinerie sexuelle maniée par des laborantines sans autorisation médicale et l'obligeant à la masturbation. Les persécuteurs, non désignés nominalement, sont des femmes exerçant des professions paramédicales.

Elle est traitée jusqu'en 1956 par des médications non spécifiques (Gardénal) et, à cette date, son délire est intact, elle est méfiante, voire agressive, et se livre à de nombreuses revendications épistolaires. Depuis 1956, elle a reçu à des doses variables et pendant des périodes assez longues un grand nombre de médications neuroleptiques. Celles-ci ont abouti à une modification du comportement et la méfiance à l'égard de l'hôpital et du personnel a disparu. Les persécuteurs sont rejetés dans la région de la Seine dont elle est originaire. Elle est devenue une bibliothécaire infatigable et extrêmement compétente et mène une vie extrêmement libre dans le cadre hospitalier ; mais elle entretient toujours des conversations longues et fréquentes avec ses voix et perçoit chaque nuit de nouvelles hallucinations cœnesthésiques sexuelles. Le vécu de ce délire n'est plus désagréable et

elle entretient presque, si nous pouvons nous permettre ce terme, des rapports de bonne camaraderie avec ses ex-persécutrices. Néanmoins, de temps à autre, elle les rappelle à l'ordre d'une voix grondeuse.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'évolution très ancienne tardivement traitée. Réinsertion sociale dans le cadre de l'hôpital grâce aux neuroleptiques, mais persistance du délire intégralement quoique la malade s'y soit adaptée.

• OBS. N° 33 : *Mademoiselle B... Yvonne,* soixante-quinze ans.

Entrée à l'hôpital psychiatrique en 1932.

Cette malade présente à son entrée un mutisme dont elle ne se libère que pour manifester contre son internement et mettre à jour des tendances vaniteuses et paranoïaques. Elle nous est transférée en 1945 et présente alors une psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations auditives et syndrome d'influence pratiquement complet. Le persécuteur étant un fiancé qui l'a abandonnée dans sa jeunesse et qu'elle a perdu de vue depuis.

Traitée par des thérapeutiques non spécifiques jusqu'en 1954, elle verra son délire s'accroître de multiples hallucinations cœnesthésiques et le nombre de ses « ennemis » augmenter sans cesse et gagner jusqu'au personnel de l'hôpital. Néanmoins, elle s'occupe assez régulièrement aux cuisines de l'hôpital et y est assez bien adaptée.

Elle est traitée par 200 mg/24 heures de Largactil depuis 1954 sans que son état se soit notablement amélioré. On note en 1960 qu'elle souffre toujours de persécutions multiples mais qu'il est difficile, devant sa réticence, de démêler la part hallucinatoire. Elle admet très mal la thérapeutique, se considère comme employée à l'hôpital et refuse de voir les médecins. Dans son travail, son comportement est excellent. En raison de son opposition constante, aucun autre neuroleptique n'a été essayé de façon suffisamment constante, la malade réagissant à tout essai thérapeutique nouveau par un refus d'aliments immédiat avec mutisme.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique très ancienne tardivement traitée. Bonne adaptation à la vie hospitalière, malade sociable dans le cadre de son travail mais refusant en bloc thérapeutique et médecins. Il n'est pas certain que le Largactil soit responsable de l'amélioration légère observée depuis l'entrée.

• OBS. N° 34 : *Madame B... Jeanne,* soixante-six ans.

Est hospitalisée en 1940.

Cette malade présente un délire d'influence. Les gens de sa famille dirigés par son ami ont pénétré dans son cerveau ; ils endorment sa volonté, prennent son sang, commentent ses pensées et ses actes. Elle entend leurs voix, elle réagit

par des violences pour essayer de leur échapper. L'humeur est assez agressive, l'hospitalisation très mal acceptée. Il existe une surestimation du moi, une vanité pathologique.

Elle est traitée jusqu'en 1954 par des thérapeutiques non spécifiques (Somnifène, bromure, Laudanum) et depuis 1954 par le Largactil (400 à 150 mg/24 heures par doses dégressives). Les hallucinations disparaissent dans l'année 1955 et le syndrome d'influence présenté est maintenant estompé dans le souvenir et mal remémoré, mais il persiste une violente haine avec sentiment de méfiance à l'encontre de sa famille avec laquelle malgré toutes les démarches elle refuse de renouer la moindre relation.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique tardivement traitée, disparition des hallucinations mais conservation des convictions délirantes et d'une personnalité hautement paranoïaque.

- OBS. N° 35 : *Madame B... Eugénie,* soixante-trois ans.

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1948.

Cette malade présente un délire de persécution à base hallucinatoire (contacts auditifs avec son mari qu'elle a quitté et qui dirige les persécuteurs). Elle entretient des conversations avec lui, il critique ses actes, se moque d'elle et connaît sa pensée. Il se venge d'avoir été abandonné en l'empêchant ainsi de penser, donc d'exister. Sa personnalité est hautement paranoïaque avec surestimation du moi, exaltation agressive, violence, rigidité, méfiance. Elle ne nous est transférée qu'en 1955, et reçoit alors une thérapeutique par le Largactil (200 mg/24 heures). Depuis cette date, elle s'occupe régulièrement dans un atelier. Mais le délire ne s'amende guère.

En 1963, on adjoint à son traitement 6 mg/24 heures d'Halopéridol, ramenés ensuite à 3 mg. On note actuellement dans un certificat de situation : « Ne présente plus d'hallucinations mais les troubles mentaux caractéristiques d'une personnalité paranoïaque ; convictions délirantes intenses, mais l'agressivité ne transparaît plus guère. Capacités intellectuelles conservées. Donc amélioration nette et confirmée pouvant justifier un placement en hospice. » (Docteur Collier.)

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement, disparition des hallucinations, conservation d'un fond de personnalité paranoïaque, mais meilleure adaptation sociale. Convictions intenses concernant les événements antérieurs.

- OBS. N° 36 : *Madame F... Alexandrine,* soixante-six ans.

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1934.

Cette malade présente un délire hallucinatoire à thème de persécution : des bandits et des voleurs se sont emparé de sa volonté et de son esprit, lui disent des grossièretés, ils lui ont mis de l'électricité dans la tête, ils l'insultent, se rendent invisibles et viennent la violer la nuit.

Elle est traitée jusqu'en 1958 par des thérapeutiques non spécifiques et, depuis 1958, elle reçoit une thérapeutique par une association de Plégicil et de Stémétil. Son comportement s'amende très rapidement, elle devient calme et est une excellente travailleuse. Elle déclare que ses hallucinations ont disparu quoiqu'on observe parfois des attitudes d'écoute. Elle ne rectifie par ses convictions. Elle est placée en hospice en 1960. Nous la reverrons quelques mois en 1964, elle sera hospitalisée agonisante, présentant un cancer rectal et utérin très évolué et dans un état mental qui nous a semblé stationnaire.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée tardivement, amélioration du comportement et disparition des hallucinations par les neuroleptiques, mais conservation des convictions délirantes.

• OBS. N° 37 : *Madame P... Blanche,* soixante-dix ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1947.

Cette malade présente à son entrée une psychose hallucinatoire chronique avec syndrome d'automatisme mental à type de pensée dirigée et d'actes imposés par la T.S.F. et d'hallucinations cœnesthésiques. Les persécuteurs sont les speakers et les acteurs de la radio. Il est difficile d'obtenir d'autres renseignements car elle est extrêmement réticente, méfiante et son tempérament est hautement paranoïaque.

Elle est traitée sans succès pas sismothérapie, puis reçoit des thérapeutiques non spécifiques et l'on note en 1950 que les hallucinations et les persécutions existent toujours. De 1952 à 1962, divers neuroleptiques sont essayés tour à tour sans résultats. La malade est transférée à Nantes pour rapprochement de sa famille en 1962 et son certificat de transfert note : « Psychose hallucinatoire chronique ancienne. Malade calme, travaillant régulièrement, mais délire toujours présent. Peut être transférée. » (Docteur Collier.)

En résumé, psychose hallucinatoire chronique ancienne traitée tardivement. Adaptation à l'ergothérapie dans le cadre de l'hôpital par les neuroleptiques. Pas d'amélioration du syndrome délirant.

• OBS. N° 38 : *Madame P... Louise,* quatre-vingt-deux ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1930.

Cette malade présente à son entrée un syndrome d'influence avec automatisme mental intense, voix, sensations électriques, délire cohérent, politique. Elle discute des événements avec ses voix, note le certificat de l'époque (nous ne possédons pas d'autres renseignements).

Une tentative de sismothérapie échoue et la malade n'est pas traitée par la suite jusqu'en 1956. Elle reçoit alors 3 comprimés par 24 heures de Réserpine puis, en 1963, 2 mg/24 heures d'Halopéridol.

Au fur et à mesure que s'est poursuivie sa sénescence, la personnalité de la malade s'est modifiée, l'agressivité a disparu ainsi que la rigidité. Elle est main-

tenant bienveillante, souriante, et se conduit en grande habituée de l'hôpital. Quant à son délire, il est toujours présent. Elle crie, répond à ses hallucinations et le système délirant s'étend jusqu'au général de Gaulle. Il n'y a pas de détérioration intellectuelle sénile.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique ancienne, évolutive. Aucun effet des traitements neuroleptiques tardifs.

• OBS. N° 39 : *Madame T... Lucienne,* cinquante-sept ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1949.

Cette malade présente à son entrée une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis six mois. Une bande d'individus louches s'était organisée pour la frustrer d'une pension. Elle est en communication auditive permanente avec eux. Ils se moquent d'elle, commandent ses actes, lui donnent des ordres. Ils lui envoient des ondes douloureuses pour fléchir sa volonté. La malade est rigide, tendue, lutte contre ses persécuteurs, répond à ses voix.

Jusqu'en 1956, elle ne reçoit guère que du Gardénal et le médecin signale à cette époque une aggravation régulière et progressive.

Perdue dans un pavillon de grandes chroniques, elle n'est traitée qu'en 1956 par 200 mg/24 heures de Largactil. Très rapidement le contact s'améliore, l'agressivité se calme, les hallucinations disparaissent. L'adjonction de Trilifan en 1964 apporte une nouvelle amélioration permettant à la malade de soutenir une activité régulière et de vivre quasiment externée. Vue récemment, elle ne produit pas, le contact est bon, malgré quelques réticences. Mais les convictions délirantes concernant les faits anciens sont inchangées.

En résumé, malade traitée très tardivement. Bonne amélioration, mais persistance d'une personnalité psychopathique et des convictions concernant l'expérience délirante antérieure.

• OBS. N° 40 : *Madame R... Germaine,* soixante-trois ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1954.

Au moment où elle est internée, cette malade vivait seule chez elle depuis trois ans, barricadée, ayant muni sa porte de grelots et autres systèmes de défense. Son internement nécessite l'intervention de la police, elle soutient le siège. Le médecin qui la voit à son entrée est frappé par la richesse et l'extension du délire. Les voisins ont organisé une bande soutenue par le gouvernement, en rapport avec diverses organisations pour se venger d'elle en la persécutant. Elle hallucine d'une façon quasi constante, reconnaît les voix, répond, a des gestes de défense.

Elle est traitée de 1956 à 1964 par 3 comprimés par 24 heures de Réserpine. Depuis novembre 1964, elle reçoit en place de la Réserpine 2 mg/24 heures d'Halopéridol.

La rigidité, l'agressivité ont persisté jusqu'en 1964. Depuis le traitement par l'Halopéridol, la personnalité est devenue plus souple, la réticence et l'agressivité ont disparu. La malade s'est adaptée à la vie hospitalière et travaille régulièrement. Mais le délire, quoique estompé, persiste intact. Les hallucinations auditives sont peu fréquentes et ont perdu leur caractère anxiogène. La malade nous déclara : « Je les entendrai tant que je vivrai, mais je m'en accommode. ». Il s'agit de la même bande remarquablement organisée.

En résumé, thérapeutique neuroleptique tardive, rémission lente et incomplète dans laquelle il est difficile de faire la part des thérapeutiques ergothérapiques et sociothérapiques.

* *

Dans le tableau qui suit, nous avons indiqué :

— le temps d'évolution de la psychose avant la mise en route du traitement neuroleptique ;

— le temps d'hospitalisation des malades après la mise en route du traitement neuroleptique ;

— les neuroleptiques utilisés. Ceux-ci sont réunis par une accolade lorsqu'ils ont été prescrits en association ; l'accolade manque par contre lorsqu'ils ont été utilisés successivement.

Nous avons utilisé la cotation suivante répartissant les malades en 6 groupes en ce qui concerne les résultats obtenus :

1) Malades présentant une guérison apparente après une interruption thérapeutique de deux ans.

2) Malades présentant une guérison apparente sous maintien thérapeutique.

3) Malades ayant présenté des rechutes ou de nouveaux moments féconds par interruption thérapeutique.

4) Malades présentant une stabilisation du comportement et une disparition de la production délirante, mais conservant des convictions intactes.

5) Malades présentant en plus des symptômes du groupe 4 des troubles du comportement ou de la personnalité très importants.

6) Malades présentant encore des productions délirantes hallucinatoires.

	Sexe	Temps d'hospitalisation avant traitement	Neuroleptiques utilisés	Temps d'hospitalisation après traitement	Résultats obtenus
1	F	4 ans	Largactil	10 ans	4
2	F	10 ans	Halopéridol Largactil Majeptil Halopéridol	7 ans	3
3	F	24 ans	Largactil Réserpine	Non sortie	4
4	F	8 ans	Largactil Moditen	Non sortie	4
5	F	3 ans	Largactil Réserpine Halopéridol	Non sortie	6
6	F	21 ans	Largactil Nozinan Halopéridol	Non sortie	6
7	F	17 ans	Largactil Nozinan Halopéridol	Non sortie	6
8	F	10 ans	Largactil Halopéridol	Non sortie	6
9	F	24 ans	Largactil Tripéridol	Non sortie	4
10	F	13 ans	Largactil Halopéridol	Non sortie	4
11	F	10 ans	Largactil Halopéridol	8 ans	4
12	F	10 ans	Témentil Terfluzine	1 an	4
13	F	21 ans	Largactil	7 ans	4
14	F	15 ans	Melleril	1 an	2
15	F	8 ans	Largactil Moditen	1 an	4
16	H	20 ans	Largactil	5 ans	4
17	H	15 ans	Largactil Halopéridol	Transféré	6
18	H	15 ans	Halopéridol	Non sorti	4
19	H	6 ans	Largactil	Non sorti	6
20	H	17 ans	Largactil Témentil	Non sorti	4

	Sexe	Temps d'hospitalisation avant traitement	Neuroleptiques utilisés	Temps d'hospitalisation après traitement	Résultats obtenus
21	H	7 ans	Multiples essais	Non sorti	6
22	H	21 ans	Largactil Majeptil	Non sorti	2
23	F	9 ans	Largactil Moditen	11 ans	6
24	F	12 ans	Largactil Halopéridol	3 ans	4
25	F	20 ans	Largactil Témentil Théralène	Non sortie	6
26	F	20 ans	Multiples essais	Non sortie	4
27	F	15 ans	Largactil, puis multiples essais	Non sortie	4
28	F	14 ans	Réserpine Halopéridol	Non sortie	4
29	F	9 ans	Largactil	Non sortie	4
30	F	17 ans	Multiples essais	Non sortie	6
31	F	16 ans	Largactil	Non sortie	4
32	F	24 ans	Multiples essais	Non sortie	6
33	F	22 ans	Largactil	Non sortie	6
34	F	14 ans	Largactil	Non sortie	5
35	F	7 ans	Largactil Halopéridol	Non sortie	4
36	F	24 ans	Plégicil / Témentil	2 ans	4
37	F	6 ans	Multiples essais	Transférée	6
38	F	26 ans	Réserpine Halopéridol	Non sortie	6
39	F	7 ans	Largactil / Trilifan	Non sortie	4
40	F	5 ans	Réserpine Halopéridol	Non sortie	6

Les résultats de ce groupe se répartissent ainsi :

1° Ces malades ont été traités après une période d'évolution variant entre trois ans et vingt-six ans et dont la moyenne s'établit à quatorze ans environ.

2° En tenant compte des associations :

— le Largactil	a été	employé	28	fois
— l'Halopéridol ou Tripéridol	»	»	16	»
— la Réserpine	»	»	5	»
— le Témentil	»	»	4	»
— le Moditen	»	»	3	»

3° Actuellement, 15 de nos malades présentent toujours des hallucinations, 21 malades n'ont plus de production mais conservent des convictions intactes. Parmi les malades de ce groupe, 1 présente encore des troubles importants du comportement. Enfin, 3 malades ont présenté une guérison apparente ; parmi eux, 1 a rechuté par interruption thérapeutique, 2 n'ont pas interrompu leur thérapeutique. Il n'y a pas de malades dont la guérison se soit maintenue sans thérapeutique pendant plus de deux ans.

4° Depuis l'administration de neuroleptiques, 11 de nos malades ont pu sortir après un temps de traitement dont la moyenne s'établit à cinq ans environ.

CHAPITRE IV

DEUXIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

Nous avons retenu 40 observations encore pour rendre plus directe la comparaison statistique avec le groupe précédent.

Ce groupe d'observations est tiré des dossiers de malades hospitalisés entre 1959 et l'époque actuelle, présentant tous une psychose hallucinatoire chronique d'évolution récente et ayant reçu d'emblée une thérapeutique neuroleptique.

Par évolution récente, nous entendons l'apparition des phénomènes délirants dans un délai de quelques jours à quelques mois (entre treize jours et douze mois dans nos observations) avant l'hospitalisation, à condition qu'il n'y ait eu auparavant aucun antécédent de maladie mentale traitée ou non dans l'histoire de nos malades.

Certains de ces malades ont quitté l'hôpital, d'autres sont encore hospitalisés ; nous le signalons au fur et à mesure en indiquant pour les malades sortis ceux que nous avons perdu complètement de vue depuis leur départ.

- OBS. N° 1 : *Madame F... Thérèse,* cinquante-deux ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique très riche avec un syndrome d'influence pratiquement complet, des hallucinations auditives et cœnesthésiques. Ces troubles semblent évoluer depuis quelques mois. Ce sont les voisins qui l'ont ensorcelée pour se venger de sa conduite exemplaire. Ils la mettent en communication et elle est sous l'influence du diable. De plus, elle présente une subexcitation psychique avec agressivité, elle est pratiquement ininterrogeable et inapprochable.

Elle reçoit de l'Halopéridol d'abord injectable, puis buvable (7 mg/24 heures) et 100 mg/24 heures de Nozinan. Les hallucinations sont longues à disparaître. Après un mois, le contact est meilleur mais les idées délirantes persistent et la malade est réticente en ce qui concerne les hallucinations. Elle est néanmoins

reprise par sa famille contre notre avis, car elle était placée en service libre, et nous l'avons perdue de vue.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'évolution récente. Amélioration de l'agitation par les neuroleptiques. Pas d'action sur le délire au bout d'un mois.

- OBS. N° 2 : *Madame L... Marguerite,* soixante-six ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1955.

Elle présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis quelques mois avec hallucinations auditives et cœnesthésiques entraînant des réactions agressives envers ses voisins qui sont ses persécuteurs.

Traitée à son entrée par 250 mg/24 heures de Largactil, elle s'améliore nettement. Les hallucinations disparaissent rapidement, le contact s'établit, puis elle rectifie son délire et le critique.

Elle sort au début de l'année 1956 et est réintégrée sept jours plus tard à cause de difficultés sociales, mais elle ne présente toujours aucun trouble et le traitement par le Largactil est poursuivi.

Une tentative d'arrêt de ce traitement est entreprise en 1962 et amène une ébauche de rechute (hallucinations cœnesthésiques, elle reçoit des coups sur la tête par des invisibles).

Elle reçoit alors 75 mg/24 heures de Moditen, ce qui entraîne la sédation des troubles et la malade est enfin placée en hospice en 1964 dans un état excellent au point de vue mental. Malheureusement, son état général (cypho-scoliose très accentuée) ne lui permet pas une meilleure adaptation.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée rapidement. Guérison apparente sous thérapeutique indéfiniment maintenue, après une rechute par arrêt thérapeutique.

- OBS. N° 3 : *Madame M... Léontine,* cinquante ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1962.

Cette malade présente un délire systématisé, hallucinatoire, évoluant depuis un an. Elle est victime d'une bande organisée qui est une maffia internationale et qui se livre sur elle à des expériences nucléaires et de transmission de pensée dangereuses. Il y a en effet des hallucinations auditives nombreuses, ainsi qu'olfactives, des phénomènes d'écho et de vol de la pensée.

Traitée par 100 mg/24 heures de Moditen associé à 3 mg/24 heures d'Haldol, la malade s'améliore. Les hallucinations disparaissent, elle n'interprète plus, elle est détendue, le contact est plus facile, mais elle garde intactes ses convictions concernant les événements passés.

Elle sort en 1963. Elle arrête rapidement toute thérapeutique et est réintégrée d'office deux mois plus tard. A cette nouvelle entrée, elle est très hallucinée,

agressive, méfiante, hypersthénique, n'acceptant pas l'hospitalisation. Elle est alors traitée par 7 mg/24 heures d'Halopéridol. Les hallucinations disparaissent à nouveau rapidement, mais la malade reste convaincue de l'existence des persécutions. Sa personnalité est toujours aussi rigide. Elle sort néanmoins un an plus tard pour vivre dans sa famille sous traitement contrôlé par notre assistante sociale. Son état est inchangé depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique évolutive traitée au début. Rechute par interruption thérapeutique. Nouveau moment fécond sensible à une nouvelle thérapeutique, mais conservation des convictions délirantes et de la personnalité paranoïaque.

• OBS. N° 4 : *Madame P... Raymonde,* quarante-sept ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Cette malade présente depuis deux mois une psychose hallucinatoire chronique ayant débuté assez brutalement par des hallucinations auditives à type d'influence. Elle est conseillée et surveillée par le parti communiste auquel, pense-t-elle, son mari a adhéré. On tente de l'empoisonner par des odeurs nauséabondes. On critique parfois ses pensées, elle est suivie dans la rue. Le vécu anxieux domine le tableau, le délire est minimisé, elle tente parfois de le nier.

Un traitement par 7 mg/24 heures d'Halopéridol est entrepris. L'amélioration est spectaculaire. En un mois, on observe la disparition totale des hallucinations et du délire permettant la réapparition d'une personnalité normale, enfin la critique spontanée du délire. La malade quitte le service un mois plus tard. Elle prend depuis un traitement par 30 gouttes journalières d'Halopéridol et son état est resté parfait.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'évolution très récente. Retour en arrière de tous les troubles. Guérison apparente sous thérapeutique permanente.

• OBS. N° 5 : *Madame H... Arlette,* cinquante-sept ans

A été admise à quatre reprises à l'hôpital psychiatrique : en 1962 (séjour de trois mois), en 1963 (séjour de trois mois), en 1964 (séjour d'un mois) et actuellement.

Cette malade se présente dans un état comparable à chacune de ses hospitalisations : angoisse extrême portant sur des voix confuses et nombreuses, mal perçues, mal comprises, critiquant ses actions et ses attitudes, riant, lui annonçant qu'elle est espionnée au moyen d'appareils perfectionnés. Elle pense que ces persécutions sont organisées par d'anciens amis et d'anciens patrons qui s'entendent avec des organisations policières. Il n'y a pas d'autres phénomènes hallucinatoires. Le contact est bon et elle expose volontiers ses inquiétudes.

Madame H... fut traitée à quatre reprises. Une première fois par une association Largactil-Nozinan (200 mg/24 heures). La deuxième fois par de l'Halo-

péridol (3 mg/24 heures). La troisième fois par la même thérapeutique. Lors de la quatrième hospitalisation, par 60 mg/24 heures de Majeptil. L'évolution fut à chaque fois extrêmement favorable : disparition quasi immédiate des hallucinations et de l'anxiété, puis rapidement critique spontanée des hallucinations. Reprise par la famille, la malade cesse malheureusement toute thérapeutique au bout d'un certain temps et récidive dans le mois suivant l'arrêt thérapeutique. Il est remarquable de noter qu'elle retrouve son délire princeps et les convictions de sa première hospitalisation pourtant critiqués à de nombreuses reprises.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée au début. Guérison apparente sous traitement, rechute lors d'interruption thérapeutique.

- OBS. N° 6 : *Madame C... Louise,* cinquante-cinq ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1964, en placement volontaire.

Cette malade présente un délire de persécution. Les persécuteurs sont des infirmières d'un hôpital voisin de son domicile qui désirent la faire déménager. Ce délire est richement sous-tendu d'hallucinations multiples (cris, insultes, rires). L'entrée est difficile. La malade est tendue, réticente, allusive et proteste de sa bonne santé. Elle n'admet aucune thérapeutique.

Elle est traitée contre sa volonté par 7 mg/24 heures d'Halopéridol. La détente survient en huit jours. Souriant et détendue, elle indique la disparition des hallucinations et accepte l'hospitalisation. Néanmoins, elle reste rigide, difficile à manœuvrer.

Actuellement, il persiste un fond de personnalité d'aspect paranoïaque, mais le contact est excellent et les convictions délirantes partiellement critiquées en ce qui concerne les hallucinations et minimisées en ce qui concerne les interprétations.

En résumé, bonne amélioration, critique partielle, mais le fait que la nécessité d'une thérapeutique continue n'est pas perçue par la malade nous rend hésitants en ce qui concerne sa sortie.

- OBS. N° 7 : *Mademoiselle B... Edith,* quarante-deux ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1954.

Il s'agit d'une débile mentale légère (Q.I. 90), méfiante et réticente, ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs. L'interrogatoire révèle en fait qu'elle est persécutée depuis quelques jours par la police. Le délire est peu systématisé mais surtout richement auditif avec commentaire des actes, ordres et conseils donnés à voix basse.

Un traitement par la Réserpine (6 comprimés par 24 heures) est institué alors et la guérison semble obtenue jusqu'en 1962 où une récidive délirante survient. On institue alors un traitement par 150 mg/24 heures de Moditen et la guérison semble obtenue jusqu'en 1964 où une récidive sous traitement se produit.

Actuellement, le délire est mieux systématisé, la police surveille la malade, s'occupe d'elle dans le but de l'exproprier. Les hallucinations auditives sont journalières.

En résumé, débile mentale légère présentant un syndrome délirant qui récidive sous neuroleptiques. Impression d'épuisement des effets des neuroleptiques, les récidives se rapprochant et le délire s'organisant au fur et à mesure des récidives.

• OBS. N° 8 : *Madame T... Eliane,* quarante-sept ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1956.

Cette malade présente à son entrée un riche syndrome hallucinatoire auditif et un délire centré sur des persécutions cœnesthésiques organisées par son mari et la maîtresse de celui-ci. Ces persécutions entraînent des conduites de fuite et de migration permanente. La malade est réticente et méfiante, présentant un certain degré de subexcitation psycho-motrice.

Elle reçoit d'emblée 200 mg/24 heures de Largactil et 3 comprimés par 24 heures de Réserpine. Cette thérapeutique est poursuivie jusqu'en 1962, date à laquelle la Réserpine est remplacée par 7 mg/24 heures d'Halipéridol.

Après neuf ans, la malade est extrêmement bien adaptée à la vie hospitalière, travaille régulièrement à l'ergothérapie et les convictions délirantes de 1956 sont oubliées. Mais la personnalité reste psychopathique et de nombreux épisodes délirants hallucinatoires concernant des persécutions par des infirmières ou des malades du service, dont un encore très récent, ont émaillé l'évolution.

En résumé, malade traitée d'emblée, adaptation à la vie hospitalière, mais échec relatif des thérapeutiques neuroleptiques.

• OBS. N° 9 : *Madame M... Hortense,* cinquante-six ans

Est internée d'office en 1964 après expertise médico-légale pour voies de fait sur ses voisins.

Cette malade présente à l'entrée un syndrome hallucinatoire riche à thème d'influence et de persécution. Ses actes sont commentés, on lui donne des ordres, on l'insulte, d'où ses réactions agressives. D'autre part, elle est extrêmement violente en actes et en parole, tendue, méfiante, et présente des réactions de fuite devant ses hallucinations qui sont permanentes.

Elle est traitée dès l'entrée par 5 mg/24 heures d'Halopéridol. Cette thérapeutique a été poursuivie sans interruption depuis.

Huit jours plus tard, la malade détendue et souriante vient nous entretenir spontanément de la disparition de ses hallucinations. Celles-ci ne se sont plus reproduites depuis. Par contre, et actuellement encore, les convictions sont intactes et notre malade se refuse à quitter l'hôpital où elle se sent protégée. Le contact

est bon et facile, elle est souriante et confiante, mais garde un souvenir très précis de son délire.

En résumé, disparition quasi instantanée des hallucinations et des réactions de violence, convictions délirantes absolument intactes après six mois.

• OBS. N° 10 : *Madame V... Eléonore,* cinquante-deux ans

Est internée d'office après expertise médico-légale pour coups et blessures sur la personne de ses voisins, en 1961.

Cette malade présente un délire hallucinatoire extrêmement riche, cœnesthésique, auditif et olfactif centré sur une persécution organisée par ses voisins les plus proches. Elle est très agressive (l'entrée est dramatique), tendue, méfiante et allusive.

Elle est traitée dès son entrée par de l'Halopéridol d'abord sous forme injectable, puis par voie buccale à dose de 6 mg/24 heures, cette dose étant progressivement ramenée par la suite à 3 mg/24 heures. Enfin, récemment, une association avec 100 mg/24 heures de Moditen a été mise en route. Très rapidement, détente, on note la disparition des hallucinations après un mois de traitement. Par contre, la personnalité reste extrêmement rigide, le moi est surestimé et persistent des interprétations multiples. Les convictions délirantes sont intactes à la fin de l'année 1964, la personnalité inchangée, mais il n'y a plus de production délirante. A cette date, la malade est placée sans changement de traitement dans un but psychothérapique chez une interne de l'hôpital. Depuis, une détente notable est survenue, les convictions délirantes sont estompées dans le souvenir, mais il n'y a pas de critique. La thérapeutique est mieux acceptée.

En résumé, disparition presque immédiate du syndrome hallucinatoire, mais persistance après trois ans de thérapeutique neuroleptique d'une personnalité pré-délirante et des convictions antérieures. Une détente récente semble devoir être mise sur le compte de la psychothérapie.

• OBS. N° 11 : *Mademoiselle F... Jeanne,* soixante-neuf ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1956 à la suite d'un incendie volontaire.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant, semble-t-il, depuis un an. Elle est persécutée par trois voisins qui veulent s'approprier ses biens. Elle est en communication permanente avec eux avec conversations hallucinatoires (elle soutient contre eux un véritable procès hallucinatoire). Elle répond à voix haute. On note de plus une subexcitation psychique avec réparties caustiques, protestations, éclats de rire. Elle accepte très mal l'internement.

Elle est traitée d'emblée par 200 mg/24 heures de Nozinan. Cette thérapeutique amène très rapidement la sédation des troubles de l'humeur les plus apparents et des hallucinations. En 1960, cette thérapeutique est remplacée par 6 mg/24 heures d'Halopéridol.

Actuellement, la malade n'est plus hallucinée depuis plusieurs années et calme dans son comportement. Mais elle ne conçoit pas la nécessité d'un traitement qu'elle accepte très mal. Elle reste hautaine, allusive, volontiers agressive aux médecins et surtout garde des convictions délirantes absolument inchangées.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Disparition du syndrome hallucinatoire, mais conservation des convictions délirantes et des troubles de la personnalité.

• OBS. N° 12 : *Madame S... Jeanne,* trente-huit ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Cette malade est hospitalisée pour un état dépressif réactionnel à un système de persécution évoluant depuis quelques mois. La persécution est organisée par tous les gens de la ville. On lui parle dans la télévision, on ricane dans ses oreilles, on ouvre ses lettres, elle entend des voix qui l'insultent. Le vécu est très anxieux, l'hospitalisation mal acceptée, le contact difficile.

Elle est traitée par 7 mg/24 heures d'Halopéridol. Très rapidement l'agressivité disparaît, le contact devient excellent, l'humeur stable, les hallucinations s'estompent puis disparaissent. On ne note pas d'anomalies de la personnalité. Enfin, les idées délirantes sont critiquées.

La malade sort au début de l'année 1965 sous thérapeutique (3 mg/24 heures d'Halopéridol). Elle se porte très bien depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique débutante. Guérison apparente par un traitement neuroleptique.

• OBS. N° 13 : *Madame Z... Emilia,* quarante-sept ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1963.

Cette malade présente à son entrée un délire de persécution de mécanisme hallucinatoire. Ses persécuteurs sont les médecins et certains voisins qui l'insultent, pénètrent sa pensée, lui envoient des ordres et des odeurs. Elle ignore la raison de ces persécutions et se montre méfiante, exaltée, volubile, protestant contre son hospitalisation.

Elle est traitée d'emblée par 120 mg/24 heures de Moditen associé à 6 comprimés par 24 heures de Terfluzine. Les hallucinations disparaissent rapidement, le comportement s'améliore au point de devenir parfait, mais elle conserve des convictions délirantes intenses et une agressivité aux voisins persécuteurs. Elle est méfiante, accepte mal la thérapeutique et il faut lui montrer le nom des médicaments dans le dictionnaire Vidal pour qu'elle les accepte.

Etant hospitalisée dans un service libre, elle sort contre notre avis formel sur l'instigation de son mari. Nous essayons d'entrer en contact avec son médecin de famille pour qu'il obtienne qu'une thérapeutique soit poursuivie. Malgré les efforts de celui-ci, les médicaments ne sont pas pris et la malade nous est réintégrée trois mois plus tard en plein délire, après avoir soutenu chez elle un siège

imaginaire et hallucinatoire contre la bande de ses persécuteurs. Elle est à nouveau traitée par une association de 6 comprimés par 24 heures de Terfluzine et de 120 mg/24 heures de Moditen. A nouveau, les hallucinations disparaissent, l'humeur se stabilise, mais la malade reste méfiante et réticente, garde ses convictions délirantes et une grande agressivité à l'égard de ses persécuteurs, ce qui rend sa sortie impossible.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée par les neuroleptiques. Rechute par interruption thérapeutique. Reprise des traitements, mais conservation des convictions délirantes et d'une personnalité psychopathique.

• OBS. N° 14 : *Madame L... Anne-Marie,* quarante-sept ans

Est adressée à l'hôpital psychiatrique en 1958.

Cette malade présente un délire de persécution où le persécuteur est représenté par l'épouse de son employeur qui veut la faire devenir homosexuelle. La part hallucinatoire est uniquement représentée par la voix de la persécutrice qui l'appelle par son nom et par d'assez rares hallucinations cœnesthésiques sexuelles.

Elle est traitée d'emblée par 4 comprimés par 24 heures de Réserpine, ce qui amène une sédation relative. Les hallucinations deviennent très rares, le contact est bon et la personnalité ne paraît pas paranoïaque.

A sa sortie, trois mois plus tard, la malade doute même de ses convictions délirantes. Elle interrompt la thérapeutique en 1960 et elle entre à nouveau en 1963 nettement aggravée. Elle est contrôlée en permanence par la persécutrice qui pénètre sa pensée, contrôle ses actes, lui impose des désirs sexuels et des fugues pendant lesquelles il y a bris d'objets et réactions impulsives. Le vécu est plus anxieux néanmoins qu'agressif.

Elle est traitée par 7 mg/24 heures d'Halopéridol et le syndrome d'influence disparaît très rapidement, tandis que l'humeur se régularise. Persistent par contre des impulsions homosexuelles qui n'étaient pas conscientes avant l'évolution de la maladie et des convictions délirantes indéfectibles concernant les événements antérieurs.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée par les neuroleptiques. Amélioration incomplète par la Réserpine. Récidive par interruption thérapeutique avec aggravation; disparition des hallucinations et des troubles de l'humeur grâce à l'Halopéridol. Persistance des convictions délirantes et des troubles de la personnalité.

• OBS. N° 15 : *A... Amar,* quarante ans

Est entré à l'hôpital psychiatrique en 1960, transféré de la prison où il était détenu politique.

Ce malade présente à l'entrée une psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations auditives. Il entend ses coreligionnaires restés en Algérie qui le

menacent de mort parce qu'il a abandonné la religion musulmane. Il pense qu'une bande organisée par les Musulmans mais comprenant les hôpitaux français est chargée de le détruire par empoisonnement. Les voix sont alors journalières. Il y a de nombreuses réactions anxieuses, mais aussi certaines réticences.

Il est traité d'emblée par sismothérapie et en fin de cure les hallucinations ont disparu, mais elles récidivent très rapidement. On tente alors un traitement par le Majeptil associé à l'Halopéridol. Dès lors, le comportement s'améliore, le malade se met à travailler régulièrement dans nos ateliers, chose qui avait déjà été observée à la fin de la cure d'électrochocs.

Au cours de l'année 1963, plusieurs moments féconds vont apparaître sous traitement avec reprise hallucinatoire et seront traités par des séries de cinq à six électrochocs. Calme au cours de toute l'année 1964, le malade sort pour être rapatrié. Il est alors détendu, le contact est bon, il n'y a pas de réaction anxieuse et les convictions délirantes sont partiellement rectifiées, tout au moins en ce qui concerne les médecins de la métropole. Nous l'avons perdu de vue depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique chez un Musulman évolué. Disparition des hallucinations par sismothérapie, mais récidive. Amélioration du contact par les neuroleptiques et ébauche de critique des convictions délirantes.

- OBS. N° 16 : *M... Paul,* cinquante-huit ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1956.

Ce malade présente une psychose hallucinatoire chronique avec thèmes de persécution. Les persécutions sont menées par ses frères et sœurs organisés en bande avec des voisins dans le but de s'approprier ses biens. Il existe un syndrome d'influence, des hallucinations auditives et cœnesthésiques. On note une hypersthénie, une attitude revendicative, une surestimation du moi.

Dès son entrée, le malade est traité par 150 mg/24 heures de Largactil. Les hallucinations ont disparu au cours de l'année 1956 et parallèlement le comportement s'est bien amélioré, à tel point que le malade joue à l'hôpital le rôle de chef d'atelier et y bénéficie d'une liberté absolument complète. En 1960, il se souvient des événements antérieurs mais sans agressivité et nie formellement que ces événements puissent se reproduire. D'ailleurs, sa famille a entre temps perdu tout contact avec lui et il demande à être placé en hospice.

Le traitement est interrompu à titre expérimental en 1960 et le malade va vivre deux ans sans modifications de son comportement à l'hôpital.

En 1962, le délire n'est toujours pas réapparu, les événements antérieurs ne sont évoqués que lorsqu'on y pousse le malade et il sort enfin pour être placé en hospice où il continue d'ailleurs à travailler et à jouer le rôle d'homme de peine de l'hospice.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Guérison quasi complète par le Largactil, pas de récidive après trois ans sans traitement.

• OBS. N° 17 : *P... Lucien,* trente-six ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1959.

Ce malade présente un syndrome délirant hallucinatoire à type d'influence. Il est en communication permanente avec Radio-Moscou dont les speakers lui parlent, guident et connaissent sa pensée, lui arrêtent les mains, inhibent sa marche. Ces persécutions communistes ont pour but de l'empêcher de se marier selon la doctrine marxiste.

Il est traité d'emblée par 6 comprimés par 24 heures de Réserpine associés à 300 mg/24 heures de Largactil.

Les choses vont rentrer rapidement dans l'ordre : disparition quasi immédiate des hallucinations, amélioration nette du comportement, ébauche de critique des hallucinations, ou tout au moins doute important à leur sujet. Le malade sort sous thérapeutique en 1960. Il est réintégré en 1961 pour une rechute avec extension du délire après arrêt thérapeutique à sa sortie.

Le délire s'est étendu au monde entier et aux forces extra-terrestres. Dieu est entré en lutte avec les communistes et il subit tour à tour des influences bénéfiques et maléfiques. Il répond à ses hallucinations, entretient avec elles des conversations. Il est grabataire, tous ses actes sont inhibés, sa motricité volontaire lui échappe complètement.

Il est traité alors par 7 mg/24 heures d'Halopéridol. Les hallucinations disparaissent, le comportement qui était sthénique et la présentation hautement paranoïaque s'améliorent. Le malade est aimable, détendu ; il travaille régulièrement, mais garde une croyance indéfectible en son vécu délirant et tente de nombreuses démarches épistolaires auprès des autorités et du gouvernement. Pour cette raison, aucune sortie ne peut être envisagée. Le malade décède d'une hémorragie cérébrale foudroyante au cours d'une poussée d'hypertension paroxystique que rien ne laissait prévoir et pour laquelle aucune cause n'a pu être relevée par la nécropsie.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique grave, bons résultats par une première cure neuroleptique, rechute plus grave par arrêt thérapeutique, résultats partiels par une seconde cure avec conservation des convictions délirantes.

• OBS. N° 18 : *L... Marc,* cinquante et un ans

Est entré à l'hôpital psychiatrique en 1957.

Ce malade présente une psychose hallucinatoire chronique avec syndrome d'influence surtout acoustico-verbal : communication avec les diverses préfectures des départements français où il donne des ordres, discute la politique, etc. Il est sûr de lui, allusif, sthénique et supporte parfaitement bien ce syndrome hallucinatoire. Il s'isole, a des attitudes d'écoute, mais aucune réaction agressive ou anxieuse.

Il est traité d'emblée par 150 mg/24 heures de Largactil et ne semble guère s'améliorer. Il se refuse à sortir du pavillon, reste isolé et devient très réticent. Les attitudes d'écoute sont fréquentes.

En 1961, on remplace le Largactil par 100 mg/24 heures de Témentil et on observe une amélioration rapide du comportement. Le malade demande à sortir et à travailler en nous déclarant : « Maintenant je peux sortir dehors, je n'entend plus les voix, je n'ai plus peur. » Puis, dans l'année, il entend à nouveau ses voix deux ou trois fois sans que ceci entraîne des troubles du comportement. D'autres neuroleptiques sont essayés en vain. De rares hallucinations continuent d'exister et la croyance du malade en son rôle politique reste intense. Il est finalement placé comme ouvrier agricole à proximité de l'hôpital en 1964 sous thérapeutique et son état reste pratiquement inchangé.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Disparition des hallucinations, amélioration du comportement, mais résultats incomplets.

• OBS. N° 19 : *R... Camille,* trente-huit ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Ce malade présente un syndrome d'influence avec automatisme mental. Cet automatisme mental intense est accompagné d'une systématisation délirante à thème de jalousie et de persécution. Le persécuteur serait l'amant de sa femme qu'il nomme et désigne, mais que l'enquête révèle ne pas exister. Son cerveau est soumis à une double influence, bénéfique (le curé du village), maléfique (l'amant de sa femme) et il perçoit les deux voix qui se disputent en commentant sa pensée. Le vécu est anxieux. Il ne semble pas exister d'éléments paranoïaques dans sa personnalité.

Il est traité d'emblée par une dose croissante de Témentil jusqu'à 300 mg/24 heures, puis devant les résultats imparfaits, 5 mg/24 h d'Halopéridol sont ajoutés. Dès lors, et en l'espace d'un mois, les productions mentales pathologiques disparaissent, le comportement et la personnalité ne révèlent plus aucun trait pathologique et un doute sérieux est émis quant à la réalité des persécutions. Le malade sort sous traitement en juillet 1964.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique débutante. Guérison apparente par un traitement neuroleptique maintenu jusqu'alors.

• OBS. N° 20 : *C... Félicien,* cinquante-huit ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1964.

Ce malade présente un délire de persécution systématisé hallucinatoire. On est jaloux de lui à cause de sa nationalité italienne et des organisations fascistes le persécutent. Il entend pratiquement sans cesse des voix qu'il reconnaît, émanant de gens qu'il a connus, qui l'insultent, commentent ses actes de façon dérisoire. On lui impose des actes et des pensées.

Il est traité par 6 mg/24 heures d'Halopéridol et, deux jours après le début du traitement, les productions mentales pathologiques ont disparu, mais les convictions délirantes persistent. Il est difficile d'explorer sa personnalité plus com-

plètement en raison des difficultés linguistiques. En tout cas, le Q.I. est normal et il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel. Le malade sort un mois plus tard dans un état à peu près comparable pour rentrer dans son pays.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique débutante. Amélioration rapide et spectaculaire par l'Halopéridol, mais pas de critique des idées délirantes après deux mois.

• OBS. N° 21 : *P... Ferdinand,* cinquante-sept ans

Est entré à l'hôpital psychiatrique en 1963.

Ce malade présente un délire hallucinatoire systématisé de persécution : les bonnes sœurs ont décidé de le faire disparaître parce qu'il en sait trop sur leurs rapports sexuels avec les Nord-Africains et elles ont désigné à cet effet les dits Nord-Africains. Il est l'objet d'une surveillance constante. Il a appris par les voix des bonnes sœurs avec qui il est en communication permanente que tous les membres de sa famille ont été supprimés. Il est lui-même irradié par les rayons X. Il n'est ni réticent, ni hypersthénique, ni agressif, mais plutôt anxieux. C'est un tuberculeux pulmonaire traité dans un sanatorium voisin mais qui est en post-cure et ne reçoit ni Rimifon, ni Cyclosérine, ni autres thérapeutiques depuis longtemps.

Il est traité d'emblée par 200 mg/24 heures de Majeptil et s'améliore assez vite bien que ne critiquant pas ses idées délirantes. Il sort et est réintégré en 1964. Il a arrêté sa thérapeutique, le délire est alors actif et s'est étendu aux moines et à tous les catholiques. Il entend sans cesse les cris des victimes des persécutions religieuses.

Il est alors traité par une association de 100 mg/24 heures de Moditen et de 100 mg/24 heures de Majeptil et s'équilibre à nouveau dans des conditions comparables à celles de la première hospitalisation. Il sort et est réintégré après huit jours à peine malgré le maintien de la thérapeutique. Le syndrome hallucinatoire a repris quoique moins intense. On ne change rien au traitement et, peu à peu, les hallucinations disparaissent à nouveau, l'anxiété cède, le comportement s'améliore et le malade émet rapidement des doutes sur la réalité des persécutions. Il sort après six mois pour reprendre son travail car il est considéré comme stabilisé du point de vue pulmonaire.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'évolution récente. Sédation à deux reprises par des traitements neuroleptiques, mais traitement trop bref et récidive. Très bonne amélioration par un traitement plus prolongé, critique seulement partielle des convictions délirantes.

• OBS. N° 22 : *L... René,* soixante-trois ans

Est entré à l'hôpital psychiatrique en 1956.

Ce malade présente une psychose hallucinatoire chronique typique avec syndrome d'influence par un appareil qu'on a glissé sous la peau de son dos. Par

l'entremise de cette machine, on le traite d'assassin, on lui crie des obscénités, on lui envoie des sensations électriques. Les persécuteurs sont représentés par tous ceux qui l'entourent. Il existe d'ailleurs un vieux fond de morosité, tendance à la rumination, misanthropie déclarée depuis longtemps. On ne retrouve pas de traits de personnalité nettement paranoïaques.

Il est traité d'emblée par le Largactil et les hallucinations disparaissent presque totalement. En 1959, un arrêt expérimental de la thérapeutique entraîne une reprise évolutive rapide ; elle ne s'avère plus sensible aux traitements largactilés. Une thérapeutique par le Témentil (150 mg/24 heures) est démarrée et on y associe, en 1961, 7 mg/24 heures d'Halopéridol.

Actuellement, les hallucinations ont totalement disparu mais les thèmes d'influence néfaste demeurent inchangés. Quant au comportement, il reste le même. Le malade reste isolé, en proie à une rumination morose, déclarant en vouloir à tous les êtres humains. Il a toutefois un excellent contact avec certaines personnes qu'il apprécie spécialement.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée par les neuroleptiques. Amélioration du syndrome hallucinatoire et rechute par diminution thérapeutique. Conservation intégrale du fond de personnalité et des convictions délirantes.

- OBS. N° 23 : *D... Adrien,* soixante-deux ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1955.

Ce malade présente une psychose hallucinatoire chronique organisée autour d'un syndrome hallucinatoire d'influence avec hallucinations auditives, olfactives et cœnesthésiques entraînant la croyance en des sévices exercés sur la personne de ses enfants par des Nord-Africains qui les torturent. L'influence qu'il subit ayant pour but de paralyser sa pensée et de l'empêcher d'intervenir. Les hallucinations sont journalières. Le malade observe une attitude repliée et anxieuse, il passe ses journées l'oreille collée contre le mur derrière lequel il entend les cris de ses enfants torturés.

Il est traité par 500 mg/24 heures de Largactil, puis par 5 comprimés par 24 heures de Terfluzine. Enfin, par 120 mg/24 heures de Majeptil et 7 mg/24 heures d'Halopéridol.

Jusqu'à ce jour, aucun de ces neuroleptiques n'a su modifier ni le délire, ni les hallucinations, ni le comportement de ce malade qui reste un grand asilaire enfermé derrière les murs du pavillon.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée, échec total des neuroleptiques.

- OBS. N° 24 : *B... Roger,* quarante-quatre ans

Est entré à l'hôpital psychiatrique en 1962.

Ce malade présente un délire de persécution assez pauvrement hallucinatoire, cohérent, à thème de persécution par des voisins qui réussissent à communiquer

avec sa pensée et lui adressent ainsi des injures et des critiques. Il reconnaît leurs voix et les nomme. L'activité est réduite, le contact très difficile vu la sthénie et la réticence. Le malade semble indifférent à l'hospitalisation.

Il est traité par une association de 150 mg/24 heures de Moditen et de 9 comprimés par 24 heures de Trilifan et l'on voit son comportement s'améliorer progressivement tandis que les hallucinations disparaissent un peu plus lentement. L'intérêt du malade s'éveille, il demande à travailler à la menuiserie et devient un des piliers de l'atelier, menant une vie très libre. Mais il reste longtemps encore indifférent aux siens et vient seulement de reprendre contact avec eux et de demander pour la première fois sa sortie, tandis que le contact avec les autres malades devenait plus étroit et meilleur. Il persiste néanmoins des convictions rétrospectives concernant les événements antérieurs.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique. Très bonne amélioration, mais lente, par les neuroleptiques. Conservation des convictions délirantes rétrospectives.

- OBS. N° 25 : *Madame B... Simone,* soixante-douze ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1958.

Cette malade présente un délire hallucinatoire de persécution d'évolution, semble-t-il, récente. On ne note aucune détérioration intellectuelle. Les hallucinations sont auditives et cœnesthésiques (voix insultantes et hallucinations cœnesthésiques sexuelles). Les persécuteurs sont une bande d'habitants de sa commune qui jalousent sa vie exemplaire. Néanmoins, il n'y a pas d'agressivité, le contact est bon.

La malade est traitée par une association de 3 mg/24 heures de Réserpine et de 100 mg/24 heures de Largactil. En six mois, progressivement, les hallucinations disparaissent, les convictions délirantes sont critiquées, l'adaptation au réel et la personnalité normales. La malade sort au début de l'année 1959. Elle interrompt son traitement en juillet et est réintégrée en décembre, son délire ayant récidivé dans sa forme antérieure.

Un nouveau traitement est entrepris par les mêmes drogues aux mêmes doses, mais l'amélioration est plus lente, et lorsque la malade sort après un an et demi, le délire est éteint, mais elle garde une croyance incoercible dans les persécutions passées.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique d'apparition tardive, mais immédiatement traitée. Guérison apparente puis récidive par arrêt thérapeutique et guérison incomplète lors du deuxième traitement avec critique partielle des convictions délirantes.

- OBS. N° 26 : *Madame L... Yvette,* quarante-deux ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1963.

Cette malade présente un délire hallucinatoire avec écho et vol de la pensée, hallucinations menaçantes entraînant des fugues. La persécutrice est une voisine

avec laquelle elle est en conflit. Elle est sous son influence permanente et subit sa vengeance sans pouvoir y échapper.

Elle est traitée par le Largactil et l'amélioration est spectaculaire, à tel point qu'un diagnostic de bouffée délirante aiguë est évoqué et la malade sort au début de l'année 1964, avec une thérapeutique minimale (50 mg/24 heures de Largactil).

Elle est réintégrée fin janvier. Le délire s'est reproduit et étendu, la bande de ses persécuteurs s'est augmentée, les hallucinations sont multiples et le syndrome d'influence complet.

La malade est traitée par une association de 200 mg/24 heures de Témentil et de 5 mg/24 heures d'Halopéridol. L'amélioration est moins rapide. Néanmoins, les hallucinations disparaissent ; quant aux convictions, elles sont loin d'être critiquées quand le mari de la malade la reprend malgré nos conseil formels. Nous l'avons perdue de vue depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Guérison apparente par les neuroleptiques, rechute par interruption thérapeutique moins sensible aux neuroleptiques. Critique partielle des convictions délirantes.

• OBS. N° 27 : *Madame S... Janine,* soixante-huit ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1954.

Cette malade présente un délire hallucinatoire systématisé évoluant depuis quelques mois et non traitée. Les persécuteurs sont sa sœur et son beau-frère dont elle entend les voix en permanence, qui volent sa pensée et lui imposent des actes dans le but de la faire déconsidérer pour se saisir de ses biens.

Elle est traitée d'emblée par 100, puis 200, puis 300 mg/24 heures de Largactil auquel du Nozinan sera associé en 1958. Le Nozinan sera remplacé en 1960 par du Moditen. L'évolution est lente, les hallucinations disparaissent tardivement. La malade reste méfiante, craint le retour des persécutions, elle demande à sortir toujours accompagnée. Néanmoins, dans le cadre de l'hôpital, contact et adaptation sont bons. Ce n'est que peu à peu que l'inquiétude et la méfiance vont disparaître et une sortie est tentée en 1960, la malade étant placée auprès de sa mère et loin des persécuteurs. Le traitement n'a pas été interrompu et l'état est à peu près stationnaire depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée par les neuroleptiques. Amélioration bonne mais lente, sans critique des convictions délirantes.

• OBS. N° 28 : *Madame B... Marie-Thérèse,* soixante-huit ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1962.

Cette malade présente un délire hallucinatoire, surtout auditif. Des inconnus avec qui elle communique l'avertissent en se moquant d'elle des infidélités rocambolesques de son mari qui est pourtant paraplégique. Sa conviction est inébranlable. Elle est rigide et sûre d'elle, sa personnalité est franchement paranoïaque.

Elle subit d'autre part une influence à type de vol de la pensée de la part des femmes hypothétiques que fréquente son mari.

Elle est traitée par 30 mg/24 heures de Moditen. Les hallucinations disparaissent rapidement, mais convictions et personnalité ne s'améliorent pas. La malade sort après un an pour s'installer avec sa famille loin de son mari, placé en maison de repos, et de ses persécutrices.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Amélioration très imparfaite par les neuroleptiques. Conservation des convictions délirantes et de la personnalité paranoïaque.

• OBS. N° 29 : *Madame N... Germaine,* trente-huit ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1960.

Cette malade présente un délire hallucinatoire à thème de persécution centré sur les persécutions entreprises contre elle par son mari qui, voulant divorcer, s'est procuré illicitement des appareils avec lesquels il capte sa pensée et l'oblige à agir contre sa volonté. Il existe des hallucinations auditives menaçantes et cœnesthésiques sexuelles.

Traitée par 150 mg/24 heures de Témentil, la malade voit son délire s'estomper, le vécu en est moins douloureux, mais les hallucinations persistent et le mari est toujours redouté et méprisé. L'adjonction de Moditen en 1962 amène une sédation plus complète des hallucinations, mais le comportement reste méfiant et le contact difficile. Le remplacement du Témentil par du Majeptil semble amener une nouvelle amélioration. Le comportement s'amende et, après un an, la malade demande elle-même à effectuer une tentative de retour auprès de son mari. Elle doute donc de ses convictions antérieures. Elle sort et nous l'avons perdue de vue depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Amélioration lente mais bonne avec ébauche de critique des convictions délirantes.

• OBS. N° 30 : *Madame B... Elizabeth,* quarante-deux ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1960.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique évoluant depuis quelques mois. C'est une Allemande d'origine qui extériorise un délire hallucinatoire très riche. Il est remarquable de signaler qu'elle comprend et parle parfaitement le français, mais que ses voix ne s'expriment qu'en allemand, de même qu'elle n'accepte de parler de son délire que dans cette langue. Elle est subexcitée, sthénique, un peu agressive. Les persécuteurs sont des amis qu'elle a laissés en Allemagne il y a une dizaine d'années et qui lui en veulent d'avoir épousé un Français. On lui envoie des gaz, des mauvais goûts. Elle entend une voix d'homme qui lui demande sans cesse d'aller le retrouver, elle entend un tic-tac d'horlogerie puis des rires.

Elle est traitée immédiatement par 4 comprimés par 24 heures de Terfluzine et 6 comprimés par 24 heures de Trilifan. Le comportement s'améliore rapidement, mais les hallucinations persistent. Toute une gamme de neuroleptiques est alors essayée jusqu'en 1961 et cette thérapeutique n'aboutit qu'à couper définitivement les contacts hallucinatoires et à estomper un peu l'anxiété. Son mari reprend la malade dans cet état en 1962 et continue la thérapeutique à son domicile. L'état est stationnaire.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée rapidement. Amélioration des troubles du comportement et de l'agressivité permettant une adaptation sociale. Disparition des hallucinations, mais conservation des convictions délirantes.

- OBS. N° 31 : *Madame B... Yolande,* quarante-six ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1961.

Cette malade est hospitalisée pour l'aggravation d'un délire hallucinatoire de persécution évoluant à bas bruit depuis environ deux mois. Elle est l'objet d'hostilité, de moqueries, de la part de son voisinage qui lui reproche de ne pas être aimable. Elle entend des voix nombreuses et les murmures de gens qu'elle connaît et qui discutent d'elle entre eux avec ironie. Il existe quelques hallucinations cœnesthésiques et la malade pense qu'on se venge en lui imposant les mains à distance. Le vécu est anxieux, il existe une grande hyperémotivité avec pleurs, gémissements.

Elle est traitée par 4 mg/24 heures d'Halopéridol. On y associe ensuite 300 mg/ heures de Melleril. Les hallucinations disparaissent ainsi que l'anxiété et l'hyperémotivité, mais la conviction des persécutions passées ainsi que la crainte de leur reprise éventuelle restent intenses.

Actuellement, l'état est stationnaire, l'adaptation à l'hôpital est bonne, mais la simple idée d'une sortie déclenche l'angoisse, la malade nous réaffirmant sa certitude qu'on attend qu'elle sorte pour recommencer les persécutions.

En résumé, psychose hallucinatoire traitée d'emblée. Amélioration par les neuroleptiques, disparition des hallucinations mais conservation d'intenses convictions délirantes.

- OBS. N° 32 : *Madame C... Elise,* cinquante-six ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1960 à la suite d'une tentative de suicide.

Cette tentative a eu lieu au cours d'un épisode dépressif réactionnel à des persécutions qu'elle endure depuis quelques mois. Nous précisons bien à ce sujet l'apparition primitive du délire quelques mois avant les réactions dépressives. Le voisinage organisé en bande se livre sur elle à des expériences télépathiques, lui imposant des douleurs et des brûlures à distance pour se venger de sa richesse (qui est réelle). On l'observe à travers les murs, on enregistre sa pensée. Elle

entend assez rarement des murmures hostiles et insultants. Le curé de sa ville natale dirige les persécuteurs. Peu à peu, le monde se monte contre elle et le réseau s'étend.

Elle est traitée par 30 mg/24 heures de Motiden et 3 comprimés par 24 heures de Terfluzine. Très rapidement l'état dépressif disparaît. Les hallucinations s'estompent plus lentement et il persiste un fond anxieux et une crainte de les voir réapparaître. La malade sort néanmoins sous thérapeutique après quatre mois sur demande de sa famille, mais elle est réintégrée un an plus tard. Le délire est à nouveau intense et s'est étendu. Les persécuteurs disposent d'appareils perfectionnés, ils font agir des relations politiques et toute la ville est contre elle. L'humeur est stable, il n'y a pas d'état dépressif.

La thérapeutique a été interrompue depuis quelques mois sans avis médical et est reprise dans sa forme antérieure. A nouveau, les choses s'améliorent et la malade va sortir un an plus tard. Elle est bien adaptée, les hallucinations ont disparu, elle critique l'extension nationale du réseau de ses persécuteurs mais reste convaincue de l'hostilité de ses voisins et de ses proches.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Bonne amélioration par les neuroleptiques. Rechute par arrêt thérapeutique, nouvelle amélioration avec critique, au moins partielle, des thèmes délirants.

- OBS. N° 33 : *Madame B... Liliane,* cinquante-cinq ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1961.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique ayant débuté brutalement en 1956 et ayant motivé un long internement (de 1956 à 1959) dans un autre établissement. Durant ce séjour, elle a été traitée au Largactil et depuis en prend des doses variables plus ou moins régulièrement. A son entrée, elle est en plein délire et présente une excitation psychique avec logorrhée et agressivité. Son monde hallucinatoire est d'une incroyable richesse et nous ne pouvons en donner qu'une idée synthétique et bien imparfaite. Ayant découvert la bestialité de sa voisine, et d'autre part étant coupable d'avoir épousé un protestant, elle est la proie de cette femme appuyée par l'ensemble du clergé catholique et des gouvernements mondiaux. Son mari, aidé d'une bande de prostituées, a été désigné comme l'exécuteur des hautes œuvres. Pour se venger, ses persécuteurs ont décidé de la faire devenir homosexuelle, chose pour laquelle elle concevait jusque-là une horreur particulière. Ils ajoutent à cette homosexualité des expériences de bestialité. Comme elle le déclare elle-même, son esprit est envahi par la sexualité et sous l'influence perverse des prostituées. Elle entend leurs cris de plaisir et leurs remerciements ironiques. Elle sent des lèvres de femmes sur ses lèvres. On lui impose des relations avec des femmes, des chiens et des ânes et ces hallucinations cœnesthésiques sexuelles vont jusqu'à l'orgasme. Il y a des ondes, des gaz, des mauvaises odeurs, des ballonnets invisibles qui la heurtent, des appareils qui figent ses mouvements. Les démarches délirantes sont multiples et, depuis des années, elle fugue, elle se cache, elle déménage, agresse des passants, etc.

Elle est traitée d'emblée par 10 mg/24 heures d'Halopéridol et 150 mg/24 heures de Moditen. L'humeur se stabilise, les hallucinations, sans disparaître tout à fait, deviennent très rares. Le contact devient possible et il révèle une personnalité rigide.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique extrêmement riche, traitée irrégulièrement mais d'emblée. Bonne amélioration. Réduction, sinon disparition du délire. Possibilité d'une adaptation sociale dans le cadre hospitalier.

• OBS. N° 34 : *Madame P... Maria,* soixante-cinq ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1960.

Cette malade présente un délire de persécution hallucinatoire vécu avec angoisse et reposant sur un syndrome d'influence : commentaires et divulgation de ses actes et de sa pensée si celle-ci concerne sa sexualité, commentaires ironiques par des voix d'hommes qui lui disent qu'ils savent tout et vont venir dans sa chambre. Elle est observée à travers les murs et enregistrée. Ses persécutions sont organisées par les hommes du voisinage mécontents de sa tenue morale habituelle. Elle geint et demande du secours, elle est angoissée.

Elle est traitée d'emblée par 150 mg/24 heures de Nozinan et l'anxiété disparaît tandis que persiste le délire. L'association de 60 mg/24 heures de Majeptil coupe le circuit hallucinatoire et la malade accuse elle-même une spectaculaire amélioration. Elle a confiance en l'avenir et pense son « affaire » terminée, mais elle ne rectifie absolument pas ses convictions en ce qui concerne le vécu antérieur.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée immédiatement. Très bonne récupération mais conservation des convictions délirantes.

• OBS. N° 35 : *Madame H... Odette,* quarante-trois ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1959.

Cette malade présente une psychose hallucinatoire chronique d'évolution récente, caractérisée par des hallucinations auditives : voix des diverses personnes de sa famille liguées contre elle, la critiquant et la calomniant pour l'empêcher de « refaire sa vie ». On a substitué un autre enfant au sien. On la rend malade à distance. On divulgue sa pensée dans les journaux. Le comportement est assez revendicateur avec doléances multiples. L'hospitalisation est mal acceptée.

Un traitement par 300 gouttes de Largactil et 300 gouttes de Plégicil est entrepris et remplacé dans le courant de l'année 1960 par 70 mg/24 heures de Majeptil.

L'amélioration est très lente et les hallucinations ne disparaissent qu'au bout d'un an, mais le comportement est bien meilleur et l'adaptation hospitalière excel-

lente. La malade est alors replacée dans sa famille et suivie en dispensaire. Son état est à peu près stationnaire sous thérapeutique.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Bonne amélioration quoique lente par les neuroleptiques. Stabilisation maintenue sous thérapeutique mais sans critique des idées délirantes.

• OBS. N° 36 : *Madame L... Germaine,* soixante-quatre ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1963.

Cette malade présente un syndrome d'influence avec hallucinations auditives et acoustico-verbales d'évolution récente. Le général de Gaulle est son protecteur, il connaît sa pensée et la dirige, lui impose ses actes et, à cause de cela, elle est victime des persécutions coenesthésiques de ses voisins jaloux. Elle est assez calme, bien que chez elle, elle ait menacé ses voisins à plusieurs reprises.

Elle est traitée par 200 mg/24 heures de Moditen.

La malade s'adapte bien à la vie de l'hôpital, serviable et souriante, elle recherche le contact. Les hallucinations disparaissent rapidement mais il persiste des interprétations nombreuses justifiant et alimentant les idées délirantes. Actuellement, son état est inchangé.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée par les neuroleptiques. Bonne amélioration, comportement et vie d'aspect normal dans le cadre de l'hôpital, mais persistance d'interprétations et d'une conviction intense concernant le vécu délirant antérieur.

• OBS. N° 37 : *D... Maurice,* quarante-quatre ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique en 1955.

Ce malade présente un syndrome d'automatisme mental avec vol et écho de la pensée, hallucinations acoustico-verbales. Les persécutions sont exercées par des camarades de travail qui l'accusent de ne pas faire sa part de travail. Le vécu est anxieux, le malade nous exprime sa perplexité devant les troubles présentés car il a lui-même légèrement conscience de leur morbidité. Il accepte bien les soins et l'hospitalisation.

Il est traité d'emblée par 300 mg/24 heures de Largactil et, très rapidement, l'ensemble du délire disparaît et les convictions délirantes sont critiquées. Le comportement est excellent et le malade sort après quelques mois sous une thérapeutique ramenée à 100 mg/24 heures.

Il est réintégré en 1957 après avoir arrêté sa thérapeutique pour une récidive du délire avec extension jusqu'aux structures gouvernementales du réseau des persécuteurs. Il a de multiples hallucinations coenesthésiques. La thérapeutique par le Largactil est reprise aux doses antérieures mais on y adjoint 150 mg/24 heures de Moditen. Les hallucinations disparaissent à nouveau très rapidement.

Par contre, des interprétations persisteront longtemps et entretiendront le délire. Au début de l'année 1963, le malade exprime un doute concernant les persécutions antérieures. Il sort à la fin de l'année 1963 sous thérapeutique ayant compris, semble-t-il, la nécessité de poursuivre celle-ci longtemps.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée précocement. Guérison apparente avec rechute par interruption thérapeutique. Guérison apparente plus lente lors de la rechute.

• OBS. N° 38 : *Madame R... Reine,* soixante-cinq ans

Est admise à l'hôpital psychiatrique en 1962.

Cette malade présente un délire de persécution de mécanisme hallucinatoire. Les persécuteurs sont deux habitants de son village qui, par vengeance pour des affaires de terrain, lui envoient des vapeurs de soufre et des voix injurieuses par des machines perfectionnées. Elle a d'ailleurs exercé des violences sur un de ses persécuteurs. Le vécu est anxieux.

Elle est traitée d'abord par 4 mg/24 heures d'Halopéridol, thérapeutique à laquelle sont associés deux mois plus tard 200 mg/24 heures de Moditen. En quelques mois, anxiété et phénomènes hallucinatoires disparaissent, mais la malade ne rectifie aucunement ses convictions concernant les évènements antérieurs. Sa famille ayant quitté le village, elle sort sous thérapeutique à la fin de l'année 1962.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée. Bonne amélioration avec disparition du vécu anxieux et des hallucinations, mais persistance des convictions délirantes.

• OBS. N° 39 : *Mademoiselle P... Suzanne,* cinquante-cinq ans

Est entrée à l'hôpital psychiatrique en 1954.

Cette malade présente un délire de persécution hallucinatoire ayant entraîné une tentative de suicide pour échapper aux persécuteurs. Il existe des hallucinations polysensorielles et les persécuteurs sont les patrons chez qui elle était placée comme bonne. Il n'y a pas apparemment de troubles de la personnalité et l'expression délirante n'est pas d'une grande richesse.

Elle est traitée d'emblée par la Réserpine puis par 200 mg/24 heures de Largactil à partir de 1955. Les hallucinations ayant disparu, le système délirant est assez rapidement oublié, ou tout au moins fort estompé dans le souvenir. Il persiste une hyperémotivité habituelle. La malade est placée dans un nouvel emploi en 1958 sous thérapeutique et nous l'avons perdue de vue depuis.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique peu évolutive, traitée d'emblée. Guérison apparente par les neuroleptiques.

• OBS. N° 40 : *M... Joseph,* cinquante et un ans

Est admis à l'hôpital psychiatrique pour la première fois en 1957.

Nous ne pouvons donner qu'une histoire résumée de ce malade car son histoire complète serait fastidieuse, étant donné qu'il a été réintégré à huit reprises en l'espace de huit ans.

Il présente depuis 1957 une psychose hallucinatoire chronique typique centrée sur des hallucinations acoustico-verbales par lesquelles ses persécuteurs, qui sont deux frères de ses voisins, lui annoncent leur intention de le mettre à mort pour s'emparer du dancing qu'il dirige. Il présente alors des réactions de fuite avec déambulation et vagabondage. Le vécu est anxieux, il n'y a pas de fond paranoïaque.

Ses moments féconds sont extrêmement sensibles à la thérapeutique neuroleptique et guérissent complètement, à tel point que Monsieur M... fait en l'espace d'un mois en général une critique totale de ses idées délirantes et va souvent s'excuser au cours d'un bon dîner auquel il convie ses persécuteurs. Malheureusement il est impossible, malgré tous nos efforts, de lui faire comprendre la nécessité d'une thérapeutique journalière et une rechute *ad integrum* se produit régulièrement quinze jours après l'arrêt thérapeutique. A noter que les moments féconds se montrent sensibles à toutes les phénothiazines pipérazinées essayées à des doses variant de 150 à 300 mg/24 heures et aux butyrophénones (5 mg/24 heures pour l'Halopéridol). Ils sont pratiquement insensibles aux autres neuroleptiques.

En résumé, psychose hallucinatoire chronique traitée d'emblée. Guérison apparente par les neuroleptiques. Rechutes multiples *ad integrum* par interruption thérapeutique.

* *

Dans le tableau qui suit, les mêmes cotations ont été utilisées que pour le premier groupe d'observations.

Nous ne faisons pas figurer ici la colonne correspondant au temps d'évolution avant traitement, celui-ci étant relativement fixe et ne variant que de quelques jours à douze mois.

	Sexe	*Neuroleptiques utilisés*	*Temps d'hospitalisation après traitement*	*Résultats obtenus*
1	F	Halopéridol Nozinan	2 mois	6
2	F	Largactil Moditen	9 ans	3
3	F	Moditen Halopéridol	2 ans	3
4	F	Halopéridol	1 mois	2
5	F	Largactil Nozinan Halopéridol Majeptil	2 ans	3
6	F	Halopéridol	Non sortie	2
7	F	Réserpine Moditen	Non sortie	3
8	F	Largactil Réserpine Halopéridol	Non sortie	4
9	F	Halopéridol	Non sortie	4
10	F	Halopéridol Moditen	Non sortie	4
11	F	Nozinan Halopéridol	Non sortie	4
12	F	Halopéridol	2 mois	2
13	F	Moditen Terfluzine	1 an	4
14	F	Réserpine Halopéridol	1 an	4
15	H	Majeptil Halopéridol	4 ans	2
16	H	Largactil	6 ans	1
17	H	Réserpine Largactil Halopéridol	Décédé	4
18	H	Largactil Témentil	7 ans	4
19	H	Témentil Halopéridol	6 mois	2

	Sexe	Neuroleptiques utilisés	Temps d'hospitalisation après traitement	Résultats obtenus
20	H	Halopéridol	1 mois	4
21	H	Moditen Majeptil	1 an	2
22	H	Largactil Témentil Halopéridol	Non sorti	4
23	H	Largactil Terfluzine Majeptil Halopéridol	Non sorti	6
24	H	Trilifan Moditen	Non sorti	4
25	F	Réserpine Largactil	3 ans	3
26	F	Largactil Témentil Halopéridol	6 mois	3
27	F	Largactil Nozinan Largactil Moditen	6 ans	4
28	F	Moditen	1 an	4
29	F	Témentil Témentil Moditen Majeptil Moditen	2 ans	2
30	F	Terfluzine Trilifan	2 ans	4
31	F	Halopéridol Melleril	Non sortie	4
32	F	Moditen Terfluzine	4 mois	3
33	F	Halopéridol Moditen	2 ans	4
34	F	Nozinan Majeptil	1 an	4
35	F	Largactil Plegicil Majeptil	1 an	4

	Sexe	Neuroleptiques utilisés	Temps d'hospitalisation après traitement	Résultats obtenus
36	F	Moditen	Non sortie	4
37	H	Largactil Moditen	3 ans	3
38	F	Halopéridol Moditen	1 an	4
39	F	Réserpine Largactil	3 ans	2
40	H	Halopéridol Moditen Majeptil Trilifan	2 ans	3

Les résultats de ce groupe se répartissent ainsi :

1° Ces malades ont été traités dès le premier jour de leur hospitalisation par les neuroleptiques.

2° En tenant compte des associations :

— l'Halopéridol a été employé 22 fois
— le Moditen » » 16 »
— le Largactil » » 14 »
— le Majeptil » » 8 »
— la Réserpine » » 6 »
— le Nozinan » » 5 »
— le Témentil » » 5 »
— la Terfluzine » » 4 »
— le Trilifan » » 3 »

3° Actuellement, 2 malades seulement présentent encore des hallucinations, 18 malades ont présenté une guérison apparente avec critique du délire. Dans ce groupe, 8 malades sont toujours sous thérapeutique, 9 malades ont présenté des rechutes par interruption thérapeutique, 1 malade est actuellement guéri après plus de deux ans d'interruption. 20 malades n'ont plus de production mais conservent des convictions délirantes intactes et, dans ce groupe, aucun malade ne présente plus de troubles évidents du comportement.

4° La moyenne du temps d'hospitalisation après traitement neuroleptique s'établit pour ce groupe à un peu plus de deux ans (nous n'avons pas tenu compte dans ce calcul des malades entrés très récemment et encore hospitalisés).

NOTA :

Les résultats globaux présentent moins d'intérêt, ils se déduisent facilement des résultats partiels. Ils représentent le mélange des deux groupes, c'est-à-dire le recrutement non trié de psychoses hallucinatoires chroniques que l'on trouve dans un service d'hôpital psychiatrique, et c'est à cet égard que nous les citons.

— 17 malades présentent toujours des hallucinations, soit ..... 21,25 %

— 20 malades ont présenté une guérison apparente, soit ..... 25 %

— 1 malade a encore des troubles graves du comportement, soit ..... 1,25 %

— 1 malade est guéri sous thérapeutique, soit ..... 1,25 %

— 41 malades ont conservé des convictions délirantes et une personnalité psychopathique, soit ..... 51,25 %

Ainsi, sur 100 malades hospitalisés pour une psychose hallucinatoire chronique, qu'elle soit ancienne ou récente, la moitié va évoluer vers l'enkystement du délire sous forme de convictions délirantes chez une personnalité pathologique ; dans les 50 % restants, à peu près la moitié va évoluer vers une guérison apparente et l'autre moitié vers une aggravation ou une absence complète d'amélioration.

CHAPITRE V

COMPARAISON ENTRE LES DEUX GROUPES D'OBSERVATIONS DISCUSSION

De la comparaison de nos résultats, divers éléments semblent ressortir, les uns à travers les 80 malades, les autres dans un des groupes surtout. Répertorions d'abord les éléments communs à nos deux groupes de malades.

1) Eléments communs

Les résultats statistiques obtenus nous fournissent le plus frappant de ces éléments : l'absence presque complète de guérison clinique des psychoses hallucinatoires chroniques par les neuroleptiques, le maximum de cas étant observés dans la classe 4 de nos tableaux, c'est-à-dire : amélioration nette mais conservation des convictions délirantes.

D'autres faits se retrouvent avec une grande constance :

— la présence de rechutes lors de chaque interruption thérapeutique, après un délai variant de quelques jours à quelques mois, d'où la nécessité d'une cure thérapeutique permanente ;

— la disparition quasi immédiate dans tous les cas des troubles du comportement et de l'humeur, ainsi que de l'agressivité pourtant très fréquente avant le traitement (sans qu'on observe néanmoins de modifications en profondeur de la personnalité), ce qui permet d'obtenir une bonne adaptation hospitalière, voire une resocialisation dans les cas favorables.

Grossièrement, le plus grand nombre de nos malades voit son comportement s'amender très vite, les productions imaginatives disparaître un peu plus lentement. Quant aux troubles profonds de la personnalité et aux convictions concernant le vécu délirant, ils réa-

gissent beaucoup moins fréquemment et fidèlement. Ainsi les malades conservent-ils souvent à bas bruit un potentiel délirant que viennent attester les rechutes par négligence thérapeutique.

2) Eléments différentiels

Il paraît à l'évidence de l'étude de nos tableaux que les résultats obtenus sont beaucoup moins satisfaisants dans le premier groupe de malades, c'est-à-dire le groupe qui comprend les malades traités tardivement.

En particulier, l'effet hallucinolytique presque total observé chez nos malades récents se montre ici plus infidèle et plus tardif, le désintérêt pour le délire, la critique de certaines convictions sont, dans ce groupe, des phénomènes plus rares. En résumé, la persistance d'un noyau délirant résiduel plus marqué est de règle dans le groupe des malades plus tardivement traités. A ce phénomène, il semble qu'on ne puisse donner une explication univoque, trois ordres de faits interviennent et se combinent sans qu'on puisse fixer l'importance de chacun d'eux.

Tout d'abord, le traitement fut tardif et il semble bien que plus la psychose est évoluée, plus le délire a eu le temps de s'épanouir et de se structurer, moins on doive espérer de la cure neuroleptique.

Mais ensuite, vu la date de leur traitement, ces malades ont été attaqués pour la plupart à la Chlorpromazine ou à la Réserpine. Or il nous a semblé, et nous verrons que la plupart des auteurs confirment cette impression, que les médicaments les plus incisifs étaient constitués par le groupe des butyrophénones et par les phénothiazines pipérazinées, et que les meilleures améliorations étaient obtenues pour des cas récents traités d'emblée par les thérapeutiques les plus incisives et les plus fidèlement hallucinolytiques, ce qui n'a pas été possible pour les malades traités pour la première fois autour des années 1955. L'Halopéridol et les phénothiazines pipérazinées ont bien été employés respectivement 16 et 7 fois mais tardivement et succédant à des années de thérapeutique largactilée qui avait déjà décapité et enkysté plus ou moins complètement le délire. Tandis que chez nos 40 malades récents, l'Halopéridol a été employé 22 fois, le Moditen 16 fois, les autres phénothiazines pipérazinées 20 fois, d'emblée et sans qu'une autre drogue ait été prescrite antérieurement. Les éléments thérapeutiques ont joué très certainement un rôle important dans la différence des résultats obtenus, tout autant, croyons-nous, que l'ancienneté de l'évolution psychotique.

Enfin, un rôle non négligeable doit être attribué aux modifications de la structure hospitalière depuis 1957-1958 : ouverture des

portes, disparition des moyens de contention, éducation et amélioration du personnel, réorganisation de l'ergothérapie, tous éléments capables d'influencer d'une façon importante la vitesse de guérison, voire sa qualité.

Nous pouvons conclure de la combinaison de ces trois éléments que les résultats ont d'autant plus de chance d'être bons que la psychose hallucinatoire chronique est plus récente, qu'elle est traitée d'emblée par une dose d'attaque de neuroleptiques incisifs, et que la structure hospitalière est moins chronicisante.

Ainsi et schématiquement, d'une évolution récente immédiatement et correctement traitée, on peut espérer un retour à la normale avec critique d'un délire antérieur et reprise de la vie sociale, sous condition d'un maintien constant des thérapeutiques. Pour une évolution datant de quelques années et déjà asilaire, l'enkystement du délire et l'amélioration du comportement constituent une espérance maximale. Mais d'aussi bons résultats, dans un cas comme dans l'autre, ne sont pas obligatoires et seulement 50 à 60 % des malades réagissent de façon aussi favorable.

CHAPITRE VI

REVUE DES OPINIONS DES AUTEURS SUR L'ACTIVITE NEUROLEPTIQUE EN GENERAL

Bien qu'il existe une littérature considérable en ce qui concerne les différents neuroleptiques, il semble que jusqu'à présent un nombre relativement restreint d'auteurs ait donné une opinion générale sur les neuroleptiques dans le traitement des diverses psychoses chroniques.

En tout cas, les différents travaux que nous avons consultés nous ont paru remarquablement convergents et les opinions souvent superposables. Il nous est bien entendu impossible d'exposer tous ces articles *in extenso,* mais nous allons tenter d'en faire une revue rapide.

Dans son article « Neuroleptiques » (C. Brisset et M. Ridard) publié en 1962, l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* étudie les neuroleptiques groupe par groupe et ses conclusions sont les suivantes :

— A propos des phénothiazines : les délires chroniques hallucinatoires réagissent beaucoup moins bien que les psychoses aiguës et les résultats de la cure sont incertains. Les statistiques de la plupart des auteurs chiffrent entre 60 et 90 % les améliorations avec 30 % de réinsertions sociales. Dans ce groupe, les phénothiazines pipérazinées auraient une action plus franchement hallucinolytique.

— A propos des alcaloïdes du Rauwolfia : nombre d'auteurs ont signalé des effets hallucinolytiques dans la psychose hallucinatoire chronique.

— A propos des butyrophénones : les psychoses hallucinatoires chroniques constituent leur indication de choix et de nombreux résultats favorables ont été enregistrés. Ces neuroleptiques semblent créer une hallucinolyse maxima.

— Il n'y a pas évidemment d'étude précise et discriminative des résultats ; en tout cas, il semble pour les auteurs que l'effet principal qu'on puisse attendre de la cure est une amélioration avec hallucinolyse.

En 1956, Delay, Deniker et Ropert publient les résultats de 49 délires chroniques traités par les neuroleptiques (Largactil). Leurs conclusions s'établissent ainsi : les psychoses paranoïaques donnent de meilleurs résultats que les psychoses hallucinatoires chroniques ; de toutes façons, seule une cure continue maintient l'amélioration. L'action porte sur l'anxiété et l'agitation dont la réduction favorise un phénomène de désintérêt à l'égard du délire, mais il est fréquent que le malade conserve une croyance dans le délire ancien et continue à vivre avec un stock d'idées délirantes qui en font toujours un malade.

La même année, en Belgique, Rouvroy et Louvain étudient 60 psychoses hallucinatoires chroniques traitées par les neuroleptiques et concluent : dans un seul cas, on ne retrouve pas le délire en fouillant le malade ; dans 7 cas, une réadaptation a été possible ; tous les autres cas ont encore un très gros potentiel délirant et sont maintenus à l'hôpital.

En cette année 1956, Le Guillant et ses collaborateurs rapportent 100 cas de psychoses chroniques sous neuroleptiques dont « un certain nombre de psychoses hallucinatoires chroniques ». En ce qui concerne cette dernière affection, 35 % ont pu quitter l'hôpital et, parmi ces malades, on trouve presque uniquement des délires évoluant depuis moins de trois ans. Ils signalent de plus la dissociation entre les symptômes et le comportement plus vite et franchement amélioré. Les rechutes sont fréquentes après sortie. Ils concluent :

> « L'accompagnement émotionnel des symptômes s'efface, les symptômes eux-mêmes réagissent de façon plus variable et moins totale. »

L'année précédente, Deshaies, Morlon et Rivalles avaient tenté d'établir « un bilan et pronostic des psychopathies chroniques ». Ils présentent en particulier 112 cas de délire chronique ayant de cinq ans à cinquante-six ans d'évolution (56 % ont plus de vingt ans d'évolution). Leurs résultats sont présentés ainsi :

— Guérisons	0 %
— Améliorations	5 %
— Enkystement du délire	10 %
— Stabilisation avec persistance des hallucinations	56 %
— Aggravation	29 %

Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus dans les schizophrénies et les paranoïas et le traitement doit être indéfiniment poursuivi. Les résultats de la chimiothérapie sont médiocres et ne sauraient remplacer ceux de l'électrochoc qui disjoint mieux le potentiel émotionnel du délire. Mais il faut noter que la chimiothérapie est alors débutante et que le seul Largactil a été utilisé.

Delay et Deniker, en 1961 *, résument les opinions thérapeutiques de la façon suivante :

En ce qui concerne la psychose hallucinatoire chronique, indication particulière des médications hallucinolytiques : butyrophénones et phénothiazines pipérazinées. Ils signalent l'effet de désintérêt à l'égard du délire, ils indiquent de se méfier des réticences du malade car, disent-ils, la conservation des convictions est la règle. Ils pensent donc que le comportement s'améliore tandis que les productions imaginatives disparaissent, ainsi la psychose se transforme, révélant une microsémiologie, mais le malade reste un délirant.

Plus récemment encore, Conte, en 1963, conclut ainsi son article dans le chapitre réservé aux psychoses hallucinatoires chroniques :

> « Ainsi pourraient être schématiquement opposés ces deux cas extrêmes : dans les bouffées délirantes de type oniroïde, le syndrome hallucinatoire se donne au malade comme un événement sensoriel directement lié à l'altération des cadres de la réalité perçue ; il disparaît brusquement dès que le traitement corrige les troubles de l'humeur et de la vigilance, le malade accédant aussitôt à une critique satisfaisante de l'épisode morbide. Dans les psychoses hallucinatoires chroniques, l'hallucination est moins vécue que crue, affirmée et rapportée ; elle est moins un événement subi qu'une attitude active, une modalité de l'activité psychique habituelle du malade ; le délire tend à constituer une conception du monde abstraite et systématique dont l'hallucination n'est que l'incarnation, le mode de manifestation concret et relativement contingent ; la réduction de l'activité hallucinatoire est finalement incomplète, lente, insidieuse, et inséparable du désintérêt qui frappe peu à peu l'ensemble du délire ; elle est vécue par le malade comme un événement contingent et somme toute négligeable qui ne suffit pas à entraîner l'abandon du système délirant. La valeur privilégiée de l'hallucination dans l'organisation de ce type de psychoses explique que les effets thérapeutiques " anti-hallucinatoires " ne puissent être obtenus qu'au prix de remaniements structuraux dont l'observation qui vient d'être résumée donne un exemple. »

(*) Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie (Masson et Cie).

Et un peu plus loin :

« Dans les psychoses hallucinatoires chroniques enfin, l'effet thérapeutique se limite en règle à une diminution de la résonance affective du délire et à une sédation très lente et généralement incomplète de l'activité hallucinatoire ; ce résultat ne saurait être minimisé puisqu'il peut éventuellement suffire à autoriser la sortie et la reprise d'une activité professionnelle, sous couvert d'une poursuite à long terme de la thérapeutique. »

Cette opinion nous a paru faire état d'un plus grand optimisme que celles qui ont été émises jusque-là, c'est pourquoi nous en rapprocherons celle de LEMPERIÈRE qui conclut ainsi, en 1964, son article publié dans la *Revue du Praticien* sur la psychose hallucinatoire chronique :

« Effet immédiat et rapide des neuroleptiques sur les phénomènes aigus, les paroxysmes anxieux et les dérèglements thymiques, c'est-à-dire sur l'expérience primaire. Mais les symptômes sont moins modifiés, les thèmes délirants persistent habituellement et le délire peut parfois s'enkyster. »

Et un peu plus loin :

« Un tel traitement doit être continu. »

Nous devnons signaler le travail de BARUK, LAUNAY et MAUREY : « Hallucinations et personnalité », où l'effet hallucinolytique des neuroleptiques est signalé et étudié, sans qu'il s'agisse d'une véritable étude de la psychose hallucinatoire chronique.

Enfin, l'opinion la plus récente a été émise au cours du LVII[e] Congrès de Psychiatrie de Langue Française à propos de la chronicité en psychiatrie (LE GUILLANT, BONNAFÉ, MIGNOT). Ces auteurs font un bilan de 100 psychoses hallucinatoires chroniques et insistent sur la fréquence des échecs, les réinsertions sociales avec conservation des convictions délirantes et d'une personnalité pathologique, la rareté des guérisons apparentes, la fréquence des réadmissions. Ils concluent à une chronicité légèrement moindre seulement sous neuroleptiques.

Dans l'ensemble de ces opinions, plusieurs faits nous semblent ressortir qui viennent corroborer de très près les phénomènes que nous avions cru pouvoir tirer de l'étude de nos observations.

— *Les uns sont positifs,* et nous voulons parler de l'action rapide et immédiate des neuroleptiques sur les troubles importants du comportement et sur les troubles de la thymie d'origine psychotique. Ce phénomène est à ce point fidèle et profond que des réadaptations sociales ont été réussies par tous les auteurs.

Nous citerons encore l'hallucinolyse reconnue comme quasi constante et pour plusieurs auteurs d'autant plus que l'évolution de la psychose est plus récente, et encore les modifications de la personnalité avec éloignement du délire, phénomènes de désintérêt ou d'enkystement que la plupart des auteurs notent comme fréquentes.

— *Les autres sont négatifs.* En effet, l'absence quasi absolue de guérison semble être la règle, d'où découle la modification lente et incomplète des symptômes et surtout la conservation des convictions délirantes antérieures et de la structure profonde de la personnalité.

Il semble que l'optimisme ancien fasse place à une vague pessimiste en face de la fréquence des rechutes par arrêt thérapeutique, souvent plus graves et moins sensibles. Ces rechutes posent le problème d'un traitement nécessaire indéfiniment et souvent très mal accepté en raison de ses effets secondaires.

— *D'autres enfin sont franchement défavorables ;* en particulier, tous les auteurs s'accordent à donner à la psychose hallucinatoire chronique les plus mauvais résultats thérapeutiques de toutes les psychoses chroniques. Il semble bien, qu'après un certain temps d'évolution en tout cas, il soit illusoire d'attendre des neuroleptiques plus qu'une amélioration légère.

De toutes façons, les malades atteints de psychose hallucinatoire chronique sont, pour tous les auteurs, encore des malades chroniques.

CHAPITRE VII

REVUE DES OPINIONS DES AUTEURS A PROPOS DE CHAQUE NEUROLEPTIQUE EN PARTICULIER

Quant à nous, nous l'avons dit, il nous a semblé pouvoir classer les médications neuroleptiques en deux groupes lorsqu'il s'agit du traitement de la psychose hallucinatoire chronique.

De ces deux groupes, les effets sont différents, la vitesse d'action différente et le mode d'action conduisant à la régression des troubles nous a paru être lui aussi différent. C'est ainsi que nous avons été amenés à distinguer dans les thérapeutiques que nous avons employées, un groupe de thérapeutiques « incisives » et un groupe de neuroleptiques d'action moins spécifique et, nous l'avons dit au chapitre précédent, plusieurs auteurs ont fait des remarques semblables et proposé des distinctions de cet ordre.

Par thérapeutique incisive, nous entendons des médicaments agissant vite en l'espace de quelques jours et dont l'effet immédiat est la disparition des phénomènes aigus (hallucinations, influence), des troubles importants de la thymie et de l'agitation, cet effet permettant secondairement et progressivement d'obtenir un désintérêt à l'égard du délire qui n'est plus productif, voire une critique des éléments délirants. Dans cette catégorie, nous rangeons :

— les butyrophénones : Halopéridol, Tripéridol ;
— et différentes phénothiazines pipérazinées : Moditen, Majeptil, Témentil, au premier plan, voire Terfluzine et Trilifan que nous avons moins largement expérimentés.

Il semble qu'un seul de ces neuroleptiques suffise employé à des doses d'attaque (c'est-à-dire, pensons-nous, à des doses dépassant 150 mg ou 5 mg pour l'Halopéridol). Dans des cas rebelles ou particulièrement riches en phénomènes d'influence ou hallucinatoires, l'as-

sociation d'une butyrophénone et d'une phénothiazine pipérazinée nous a semblé avoir un effet plus net encore. Nous la réalisons, quand nous l'avons utilisée, en prescrivant les deux neuroleptiques à une dose légèrement moindre que celle que nous utilisons pour l'un d'eux prescrit seul à une dose d'attaque.

Par neuroleptiques moins spécifiques, nous entendons les autres phénothiazines et les réserpiniques pour lesquels l'action semble se faire plus lentement et plus progressivement et concerne surtout les troubles du comportement, l'anxiété et l'excitation psychique. Leur action amène une coupure ou un éloignement du vécu délirant et il semble alors que la disparition des phénomènes hallucinatoires, qui est tardive et souvent imparfaite, soit secondaire à ce désintérêt et à la transformation de la personnalité.

Ces neuroleptiques semblent donc constituer une moins bonne indication thérapeutique dans la mesure où on les emploie seuls. Il semble que l'action thérapeutique soit la plus complète dans le cas d'une association de l'un d'eux avec un ou plusieurs des neuroleptiques incisifs. Ce qui nous mènerait finalement à une thérapeutique d'association comprenant idéalement : une butyrophénone ou une phénothiazine pipérazinée ou les deux, à une dose d'attaque puis dégressive, associées à une autre phénothiazine à une dose faible et constante et chargée d'assurer l'action à longue durée.

Cette thérapeutique n'est pas seule efficace, mais nous a semblé être celle avec laquelle nous avons obtenu les plus grandes et les plus nettes améliorations. Elle est bien acceptée par le malade à condition que les phénomènes akinéto-hypertoniques soient évités dans la mesure du possible par des correcteurs et que les doses utilisées soient ramenées progressivement à une dose journalière minimale d'entretien compatible avec une bonne activité.

Cette catégorisation est bien entendu schématique et peut être assouplie considérablement. Cependant, sous la forme que nous lui donnons ou sous une autre, nous croyons qu'elle se dégage d'elle-même des multiples opinions que les auteurs ont livrées lors de l'étude de chaque neuroleptique, lorsqu'ils les ont expérimentés individuellement. Ce sont ces opinions particulières dont nous voulons maintenant effectuer une revue rapide pour étayer et affermir notre notion de thérapeutique incisive. Bien entendu, nous ne pouvons citer tous les travaux *in extenso ;* nous nous contenterons d'un résumé d'ensemble et de courtes citations.

1) Opinions des expérimentateurs à propos du groupe des butyrophénones :

HALOPÉRIDOL — TRIPÉRIDOL — HALOANISONE

Plusieurs remarques sont à faire après un tour de l'importante littérature que des auteurs très nombreux ont consacré à leur expérimentation de l'Halopéridol ou des neuroleptiques de sa série.

— Tout d'abord, il y a peu de cas de psychoses hallucinatoires chroniques traités à la fois ; néanmoins, sur ces séries restreintes, les résultats semblent proportionnellement comparables aux nôtres :

SCHWEICH, sur 9 malades : 2 guérisons apparentes, 3 améliorations, 4 échecs.

LEYRITZ, sur 11 malades : 4 guérisons apparentes, 2 améliorations, 4 semi-échecs, 1 aggravation.

DELAY : 4 excellents résultats sur 7 malades.

EY, sur 7 malades : 4 régressions des éléments aigus.

NAVIAU, sur 3 malades : 2 guérisons apparentes, 1 échec (les guérisons apparentes sont des formes récentes).

Donc, de bons résultats dans la proportion de 60 % à peu près.

— Quant aux effets, tous les auteurs sont d'accord sur une action hallucinolytique nette et particulière à ce groupe, accompagnant un fort effet sédatif (DELAY).

Pour cette raison, de nombreux auteurs font de la psychose hallucinatoire chronique une des indications essentielles des butyrophénones.

« C'est une thérapeutique supérieure à toute autre des délires chroniques systématisés. » (LEYRITZ.)

Ainsi, à quelques nuances près, les opinions des auteurs corroborent les nôtres dans la plus large mesure, sans toutefois que les auteurs nous renseignent sur les convictions délirantes résiduelles de façon nette.

2) Les phénothiazines à noyau pipérazinyl ou hydroxy-éthyl-pipérazinyl :

MAJEPTIL — TÉMENTIL — TERFLUZINE — MODITEN — TRILIFAN

Dans ce groupe, à la littérature plus vaste encore, l'ensemble des auteurs considère la psychose hallucinatoire chronique comme une des grandes indications thérapeutiques, mais à la nuance près que la

schizophrénie et ses formes hébéphréniques semble constituer une indication encore nettement meilleure, plaçant les délires hallucinatoires au second plan.

Cependant, Fouks considère fluphérazine et trifluopérazine

« comme des neuroleptiques plus efficaces que les autres phénothiazines dans les psychoses chroniques, nettoyant rapidement hallucinations et automatisme mental, mais ayant un pouvoir sédatif de moindre qualité ».

Vidal considère les phénothiazines pipérazinées comme d'excellents hallucinolytiques à action sédative puissante en ce qui concerne thiopropérazine et prochlorpérazine, et à action plus anti-hébéphrénique en ce qui concerne fluphénazine, trifluopérazine et perphénazine. Leur action sur la psychose hallucinatoire chronique serait légèrement inférieure à celle de l'Halopéridol.

— Quant aux résultats favorables, ils semblent se chiffrer d'une façon à peu près comparable à ceux obtenus par les butyrophénones.

Broussolle, sur 14 cas : 5 nuls, 1 médiocre, 4 bons, 4 légèrement améliorés.

Ey, sur 2 cas : 2 très bons.

Henry, sur 12 psychoses hallucinatoires chroniques anciennes : 50 % de bons résultats.

Broussolle, sur 30 cas : 3 nuls, 16 légèrement améliorés, 5 bons, 6 très bons.

Ainsi, là encore, médications hallucinolytiques rapides, à action calmante un peu plus discutée.

3) Les autres phénothiazines et la Réserpine

— Aliphatiques : Largactil — Nozinan — Théralène
— Pipéridyl : Melleril
— Protipendyl : Dominal
— Chlorprotixène : Taractan

Dans ce groupe, la littérature est évidemment plus étendue encore, surtout à propos du Largactil. Mais les publications intéressantes concernent surtout la période récente où les auteurs peuvent comparer la chlorpromazine à d'autres neuroleptiques, et non pas l'époque ancienne où la chlorpromazine représentait presque, à elle seule, l'arsenal chimiothérapique.

A propos du Largactil, les observations sont trop nombreuses pour que nous en rendions un compte détaillé. Les auteurs semblent d'accord pour des résultats bons si la psychose est récente, mais lents

et parfois incomplets, avec modification en premier lieu du comportement, puis phénomène secondaire d'éloignement du délire.

Letailleur résume ainsi le mode de régression des psychoses hallucinatoires chroniques traitées par le Largactil :

— baisse de tension psycho-affective ;
— extinction progressive des hallucinations ;
— disparition éventuelle des idées délirantes ;
— rectification rare des idées délirantes.

— D'autres opinions concernant thioridazine, alimémazine et lévomépromazine vont encore dans ce sens. Citons :

Bergouignan : effets superposables à ceux de la chlorpromazine ; utile comme thérapeutique de longue durée.

Mans : pas d'hallucinolyse ; pas d'action nette sur la psychose hallucinatoire chronique.

Henne : même à des doses massives, déception dans les délires chroniques.

Naviau : action essentiellement sédative, régularise le comportement et diminue les idées délirantes.

Pélissier : pas d'effet sur les hallucinations anciennes, mais effet euthymique.

Huguet : effet hallucinolytique net mais lent et à doses massives.

Cette revue de presse confirme la distinction thérapeutique que nous croyions pouvoir faire d'après nos résultats personnels. Nous pensons résumer à peu près l'opinion de tous les auteurs en disant :

— Effet hallucinolytique et « antiagitation » maximum des butyrophénones.
— Hallucinolyse importante et régularisation du comportement par les phénothiazines pipérazinées.

Ces deux groupes représentent les thérapeutiques « incisives » d'attaque.

— Euthymie et phénomène de désintérêt progressif du délire par les autres phénothiazines qui ont une action plus lente et peuvent servir de « médications de relais », car elles produisent moins d'effets secondaires et ne sont pas actives seules en thérapeutique d'attaque.
— Possibilité d'associations.

CONCLUSIONS

A la fin de cette étude, nos conclusions ne prétendent pas à l'originalité. Elles veulent constituer un bilan de la thérapeutique neuroleptique des psychoses hallucinatoires chroniques avec une dizaine d'années de recul. Ce bilan est basé sur les opinions que nous avons pu nous former dans notre service, mais aussi sur celles des divers auteurs. Nous nous bornons à énoncer les faits statistiquement et cliniquement les plus certains.

Nous voulons conclure sur cinq faits principaux :

1) Les psychoses hallucinatoires chroniques bénéficient largement de l'appoint des thérapeutiques neuroleptiques, mais elles demeurent inscrites dans le cadre des maladies mentales chroniques et on ne saurait en espérer une véritable guérison.

La cure neuroleptique aboutit à une transformation des symptômes conduisant à une séméiologie plus fine, voire à une véritable suspension symptomatique. On ne peut néanmoins espérer un aussi favorable résultat que dans 50 % des cas traités environ.

2) L'action thérapeutique atteint surtout les productions délirantes (syndrome d'influence, hallucinations, illusions et interprétations diverses) et les manifestations aiguës de la psychose sur le plan de l'humeur et du comportement. Elle atteint beaucoup plus rarement et infidèlement la structure de la personnalité et les convictions délirantes, d'où la persistance de difficultés de resocialisation, celle-ci parfois rendue possible cependant par un phénomène de « désintérêt » concernant le noyau délirant.

3) Cette action thérapeutique paraît d'autant plus efficace que la psychose hallucinatoire chronique est d'évolution plus récente et que des neuroleptiques plus incisifs ont été plus précocement utilisés.

4) Les médications neuroleptiques peuvent schématiquement se classer en deux catégories :

— les médications incisives hallucinolytiques et sédatives, d'action rapide, et comprenant les butyrophénones et les phénothiazines pipérazinées ;

— les médications non spécifiques, d'action lente, agissant surtout comme sédatifs, créant le désintérêt à l'égard du délire et comprenant les réserpiniques et les phénothiazines non pipérazinées.

5) Les neuroleptiques ne possèdent qu'un effet suspensif. L'interruption de la cure entraîne presque toujours une rechute hallucinatoire souvent moins sensible aux thérapeutiques. Ces rechutes jouent en tout cas le rôle des moments féconds, permettant au délire de s'étendre et de s'enrichir.

Ainsi, avec la généralisation des chimiothérapies, peut-être pouvons-nous nous attendre à voir se multiplier à l'avenir ces délires hallucinatoires « suspendus », micro-symptomatiques, dont la surveillance et le diagnostic poseront de nouveaux problèmes. Restant à la merci d'une rechute, ces malades souffriront encore de la précarité de leur insertion sociale et seule une organisation psychiatrique extra-hospitalière solide permettra d'en faire de plus en plus, nous l'espérons, des « extériorisés ».

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
MICHAUX

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ACHAINTRE (A.), LAMBERT et BEAUJARD. — Etude d'un nouveau dérivé de la phénothiazine en psychiatrie. (*Presse Méd.*, 1959, *67*, 27, pp. 1095-1097.)

ALLEVA (P.M.). — Premiers résultats du traitement de 60 cas de maladies mentales par un nouveau neuroleptique, l'halopéridol (R 1625). (*Riv. Sperim. Freniatria*, 31 mars 1960, *84*, n° 1, pp. 248-260.)

ALTEROCH (M.J.P.B. D'). — Essais de traitement de quelques syndromes hallucinatoires et mécanisme de l'action thérapeutique. (*Thèse*, Clermont-Ferrand, 1957, n° 3, p. 99.)

BALLET (G.). — La psychose hallucinatoire chronique. (*L'Encéphale*, 1912.)

BARSA (J.A.) et SAUNDERS (J.C.). — Chlorprothixene in the treatment of psychotic patients. (*The American J. of Psychiatry*, novembre 1962, *119*, 5, pp. 468-469.)

BARUK (H.), LAUNAY (J.) et MAUREY (G.). — Hallucinations et personnalité. Essais thérapeutiques par l'association de tranylcypromine et de phénothiazines pipérazinées et fluorées. (*Ann. Méd.-Psychol.*, octobre 1963, *121*, n° 3, p. 437.)

BENSMAIL (B.). — De l'utilisation thérapeutique du chlorprothixene, (Ro 4-0403), en milieu psychiatrique. (*Thèse*, Toulouse, 1962.)

BENSOUSSAN (P.), VILLIAUMEY (E.M.) et ROUSSEAU (J.). — Action symptomatique de l'azacyclonol sur un syndrome hallucinatoire et interprétatif. (*Ann. Méd.-Psychol.*, mai 1956, *114*, n° 5, pp. 821-825.)

BENSOUSSAN (P.). — Bilan de plusieurs années d'emploi de la Trifluopérazine en thérapeutique psychiatrique. (*Ann. Méd.-Psychol.*, Paris, 1963, n° 2, t. 2, pp. 250-254.)

BERGOUIGNAN (M.), DEMANGEAT et SEILHEAN (A.). — Peut-on assigner des indications cliniques particulières aux diverses phénothiazines. (*Ann. Méd-Psychol.*, mai 1960.)

BERTOLOTTI (P.), MASTROBUONO (M.) et SOLIME (F.). — La trifluprómazine en pratique psychiatrique. (*Riv. Sperim. Freniatria*, 31 mars 1962, *86*, n° 1, pp. 153-166, résumé français.)

Besusso (P.C.), Gamma (G.) et Gandiglio (G.). — Observations sur quelques succès obtenus avec la Chlorpromazine dans des psychoses chroniques graves. (*Riv. di Psychiatria,* 1956, *2,* 1/2, pp. 117-132.)

Bily, Bures, Doucek et Coll. — Nos expériences du traitement des psychoses chroniques par le Largactil et le Serpasil. (*Chlorpromazin a Reserpin v psychiatrii,* 1958, p. 129.)

Bobon (J.), Collard (J.), Delrée (C.) et Gernay (J.M.). — Le spiropéridol. (*Acta Neurol. Psychiat. belg.,* décembre 1963, *63,* n° 12, pp. 991-1003.)

Bobon (J.), Goffioul (F.) et Coll. — Note préliminaire sur le Majeptil en clinique psychiatrique. (*Acta Neurol. Psychiat. belg.,* mai 1962, pp. 546-549.)

Boitelle et Boitelle-Lentulo (Mme Cl.). — A propos d'un nouveau neuroplégique, le Ro 04-403. (*Ann. Méd.-Psychol.,* octobre 1959, n° 3.)

Brisset (Ch.) et Ridard (M.). — Les neuroleptiques. (*Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie,* 37860 B20, B30, décembre 1962.)

Broussolle (P.) et Coll. — La prochlorpérazine en psychiatrie. Expérience tirée de 240 cures. (*Presse Méd.,* 12 octobre 1957, 65, n° 73, pp. 1628-1631.)

Broussolle (P.), Paul (S.) et Thiebault Mlle E.). — La Trifluopérazine en psychiatrie hospitalière. A propos de 67 cures. (*Presse Méd.,* 17 février 1962, n° 8, pp. 374-376.)

Burckard (E.) et Coll. — Etude clinique, biologique et électroencéphalographique de l'action de la tétrabénazine (Ro 9569) dans certaines psychoses chroniques. (*Ann. Méd.-Psychol.,* janvier 1962, *120,* n° 1, pp .115-119.)

Ceillier. — Les influencés. (*Encéphale,* 1924.)

Chantraine (J.) et Pairoux (R.). — Contribution clinique à l'étude du chlorprothixène. (*Acta Neurol. Psychiat. belg.,* septembre 1960, *60,* n° 9, pp. 846-858.)

Clérambault (G. de). — Automatisme mental et psychose hallucinatoire chronique. (*Œuvres,* 42, pp. 455-656.)

Conte (C.). — Psychoses délirantes et neuroleptiques. (*L'Encéphale,* 1963, *52,* 1, pp. 46-91.)

Cophignon (Mme J.). — Contribution à l'étude du Ro 4-0403 (Taractan) en thérapeutique psychiatrique. A propos de 40 observations. (*Thèse,* Paris, 1962, n° 111, 66 p.)

Crémieux (A.), Alliez (J.) et Soulayrol (R.). — Action de la chlorpromazine sur les états hallucinatoires durables. (*Encéphale,* 1956, *45,* n° 4, pp. 643-646.)

Deberdt (R.) et Ronse (H.). — Valeur thérapeutique et sensibilité à petites doses de la thiopropérazine (7843 RP). (*Acta Neurol. Psychiat. belg.,* mai 1962, 62, n° 5, pp. 495-503, 5 tabl.)

DELAY (J.), DENIKER (P.), LEYRIE (J.) et DONNET (J.L.). — Le 20-28 MD (butyrophénone pipérazinée) est un neuroleptique d'action complexe. (*Ann. Méd.-Psychol.*, novembre 1960, n° 4.)

DELAY (J.) et DENIKER (P.). — Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. Paris, 1961.

DELAY (J.) et Coll. — Tripéridol et chimiothérapie des psychoses. (*Presse méd.*, 27 octobre 1962, 70, n° 46, pp. 2147-2149.)

DELAY (J.), DENICKER (P.) et ROPERT. — Etude de 300 dossiers de malades psychotiques traités par la chlorpromazine en service fermé depuis 1952. (*Encéphale*, 1956, t. 45, n° 4.)

DEMAY-LAULAN (M.), FOURNIAL (P.), DEMAY (J.), ABRAHAM (A.), GOASGUEN (J.), ROUDIÈRE (J.J.) et SCHOCRON (G.). — Note concernant l'emploi d'un nouveau neuroplégique, le Ro 4-0403. (*J. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 9 septembre 1960, pp. 918-925.)

DE RYCK (A.). — Etude clinique d'un nouveau neuroleptique, le R 2028 ou Halvonisone. (*Acta Neurol. Psychiat. Belg.*, juin 1962, *62*, n° 6, pp. 589-603.)

DESHAIES (G.), RICHARDEAU (Mme N.) et DECHOSAL (Mme F.). — Chlorpromazine et réserpine en psychiatrie. (*Ann. Méd.-Psychol.*, mars 1957, *1*, n° 3, pp. 417-476.)

DESHAIES (G.), MORLON (C.) et RIVAILLE (C.). — Traitement et pronostic des psychopathies chroniques. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1955, *1*, 4, pp. 558-604.)

DESHAIES (G.) et BENDA (P.). — De l'administration intermittente des neuroleptiques notamment de la Thiopropérazine. (*Presse Méd.*, 1961, *69*, 51, pp. 2297-2299.)

DEMURST (K.). — La Chlorpromazine dans le traitement des psychoses chroniques. (*Irish. J. of Med. Sci.*, 1955, 6, 83.)

DUKAY (A.P.). — La Chlorpromazine dans le traitement des psychoses chroniques. (*J. Méd. Soc.*, Michigan, 1956, *55*, 6, pp. 664-670.)

ETZOL (O.). — Contribution à l'étude de l'activité thérapeutique de l'Halopéridol (R 1625) en psychiatrie. (*Thèse*, Bordeaux, 1961.)

EY (H.), COR (Mme) et YVONNEAU (M.). — Essai clinique du neuroleptique 2028 MD. (*L'Ouest Méd.*, 25 juin 1963, pp. 657-661.)

EY (H.), COR, MORDRET et EPPE (J.P.). — Sur le traitement des psychoses chroniques par la Trifluopérazine. (*Evol. Psych.*, juillet-septembre 1962, 27, n° 3.)

EY (H.). — Hallucinations et délires. Alcan édit., Paris 1934.

EY (H.). — Psychose hallucinatoire chronique. (*Manuel de Psych.*, Masson édit., 1960.)

Fouks (L.). — Intérêt de la Trifluopérazine pour l'hygiène mentale. (*Sixième congrès d'hygiène mentale,* Paris, 30 août 1961.)

Galbraith (A.J.), Hewat et Mc Namara. — Le Stémétil dans le traitement des psychoses chroniques. (*J. of Mental Sciences,* 1959, *105,* 438, pp. 256-259.)

Gavaudan (L.), Salvaing (J.) et Sportouch (Y). — L'Halopéridol, neuroleptique d'urgence en service ouvert. (*Gaz. Méd. de France,* décembre 1962, n° 24.)

Gerle (B.). — Observations sur l'usage de l'Halopéridol après une expérience de trois ans. (*Rapport du 13e Congrès Psychiat. scand.,* in *Acta Psychiat. scand.,* 1963, *39,* suppl. 169, pp. 348-350.) Texte anglais.

Girard (M.). — Etude clinique de l'activité neuroleptique de la thioridazine. (*Thèse,* Paris, 1962, n° 932, 89 p.)

Goldman (D.). — Effet de la prochlorpérazine (Compazine) dans les états psychotiques. (*Psych. Research Reports,* mars 1958, pp. 23-31.)

Grandmontagne (O.) et Rouaux (J.J.). — Quelques résultats obtenus par un nouveau neuroleptique, le Taractan. (*L'Ouest Méd.,* janvier 1962.)

Grizaud (N.). — Indications nouvelles de la Fluphérazine en psychiatrie. (*Thèse,* Bordeaux, 1964.)

Guiraud. — Les délires chroniques. (*Encéphale,* 1929.)

Gurtler, Soos et Khene. — Compte rendu d'essai d'un nouveau neuroleptique, le tartrate d'alimémazine (6549 RP). (*Congrès de Psychiat. et de Neurol. de Strasbourg,* juillet 1958.)

Henne (M.), Tonnel (Mlle M.) et Henne (Mme S.). — Résultats personnels de l'usage de la thioridazine. Essais de fortes doses. (*Ann. Méd.-Psychol.,* février 1961, *119,* n° 2, 324-334.)

Henry (J.), Valen, Cailleteau et Douillard (A.). — Essais cliniques de la Trifluopérazine en psychiatrie hospitalière. (*Arch. Méd. d'Angers,* mars-avril 1964.)

Huguet (P.E.), Girard, Cauquil (G.) et Sanquer-Pogu (Mme). — Action des cures prolongées de thioridazine dans les psychoses chroniques rebelles et dans certaines psychoses aiguës. (*Ann. Méd.-Psychol.,* juillet 1962.)

Israel, Croufer et Wartel. — A propos de la psychothérapie chez des malades traités par le 2028 MD. (*Réunion de Psych. de l'Est,* 25 avril 1964.)

Jacob (E.) et Marie (C.). — Intérêt du R 1625 (Halopéridol) dans le traitement des psychoses hallucinatoires chroniques. (*Ann. Méd.-Psychol.,* décembre 1961, *119,* n° 5, pp. 948-949.)

Kruse (W.). — Action de la Trifluopérazine sur les hallucinations auditives. (*Ann. Méd.-Psychol.,* octobre 1959, *116,* n° 4, pp. 318-321.)

LAMBERT (P.A.) et RÉVOL (L.). — Classification psycho-pharmacologique et clinique des différents neuroleptiques. Indications thérapeutiques dans les psychoses. (*Presse Méd.*, 1960, *68*, 41, p. 1509.)

LECOMTE (G.) et ALCALAY (R.). — Essai de comparaison entre la Trifluopérazine et les autres neuroleptiques dans le traitement des schizophrénies anciennes et des délires chroniques. (*Ann. Méd.-Psychol.*, février 1963, *121*, n° 2, pp. 252-256.)

LECOMTE (G.) et MEIMOUN (G.). — Essai clinique du tartrate d'alimémazine en thérapeutique psychiatrique. (*Ann. Méd.-Psychol.*, mars 1961, n° 3.)

LE GUILLANT, BONNAFÉ et MIGNOT. — Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. (*Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française*, 62e session, Marseille.)

LE GUILLANT, PARIENTE (M.), ROELENS (R.) et Coll. — Bilan de 100 cures neuroleptiques dans des psychoses chroniques. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1956, *1*, 5, pp. 859-867.)

LEMPERIÈRE (T.). — Les psychoses délirantes chroniques. (*Revue du Praticien*, 1964, *14*, 27, pp. 3377-3388.)

LETAILLEUR (M.) et DREYFUS (L.). — Mode de régression des états délirants hallucinatoires traités par la chlorpromazine. (*Ann. Méd.-Psychol.*, janvier 1957, *1*, n° 1, 129-132.)

LEYRIE (J.). — Contribution à l'étude discriminative au laboratoire et en clinique des neuroleptiques. (*Thèse*, Lyon, 1961.)

LEYRITZ, CAPRON (H.) et TIMSIT (M.). — Sur 50 malades traités par le R.1625. (*Ann. Méd.-Psychol.*, mars 1961, *119*, n° 3, 529-535.)

LONGHI (M.). — Traitement des psychoses chroniques par la prochlorpérazine. (*Nevrasse*, 1958, *8*, 1-29.)

MANS (J.), SENES (M.) et AJZENBERG (D.). — Au sujet d'une année d'application de thioridazine en milieu psychiatrique (à propos de 300 observations). (*Encéphale*, 1964, *53*, n° 1 *bis*, 196-202.)

MARCHAIS (P.). — Création artistique au cours d'une psychose hallucinatoire chronique. Rôle comparé de la chimiothérapie et de la psychothérapie. (*Ann. Méd.-Psychol.*, décembre 1963, *121*, n° 5, 792.)

MASQUIN (P.) et DERMENGHEM (J.F.). — Indications majeures et limites du 2028 MD en clinique psychiatrique. (*Congrès des Médecins Aliénistes et Neurol.*, Montpellier, 10-15 juillet 1961.)

MORIN (M.). — La fluphénazine en thérapeutique. (*Thèse*, Bordeaux, 1964.)

NAVIAU (Mme), BENOIT (Y.), FOUCHER (Mme M.) et SERRET (Mme J.). — Essai du tartrate d'alimémazine en thérapeutique psychiatrique. (*Ann. Méd.-Psychol.*, mars 1961, n° 3.)

Naviau (Mme), Bare (C.) et Duquesne (J.P.). — Essai du 2028 MD en thérapeutique psychiatrique. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1963, 1.)

Nodet (Ch.). — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. (*Thèse*, Paris, 1932.)

O'Reilly, Wojcicki, Hrychuk et Keogh. — Traitement des psychoses par le Trilifan. (*The Canadian Med. Association J.*, 15 novembre 1957.)

Pélissier (H.), Fourneyron (A.) et Mazeran (V.). — Contribution à l'étude des effets thérapeutiques du tartrate d'alimémazine. (*Congrès de Psych. de Langue Française*, Tours, 13 juin 1959.)

Pilon (L.). — Contribution à la psychopathologie des hallucinations par l'étude de leur évolution sous chlorpromazine. (*Thèse*, Paris, 1959, n° 206, 131 p.)

Pollard (J.C.). — Effets combinés de la chlorpromazine et du méprobamate dans des cas de psychose chronique. (*Dis. Nerv. System*, 1959, *20*, 9, 427-429.)

Rondepierre et coll. — La perphénazine en thérapeutique psychiatrique. (*Presse Méd.*, 30 mars 1963.)

Rouvroy (M.). — Remarques concernant le traitement des psychoses chroniques. (*L'Encéphale*, 1956, 4, 707.)

Santone (M.). — Les ganglioplégiques dans le traitement des psychoses chroniques. (*Congrès National de Vercelli*, 1955, 1053.)

Schnetzler (J.P.) et Lamand (J.C.). — Association systématique de la thiopropérazine et de la thioridazine. A propos de 115 observations. (*Ann. Méd.-Psychol.*, juin 1962, *120*, n° 1, 123-133.)

Schweich (M.), Capron (C.) et Sanchez (F.). — Contribution à l'étude clinique de l'action du R.1625 dans les psychoses. (*Ann. Méd.-Psychol.*, février 1961, *119*, n° 2, 348-354.)

Seglas. — Leçons cliniques (1895).

Sigwald (J.) et Henne (M.). — Le traitement par la chlorpromazine des psychoses hallucinatoires chroniques, des délires d'interprétation chroniques et des états délirants subaigus. (*Entretiens de Bichat*, 1956, 51-53.)

Soulairac (A.), Halpern (B.), Morel (P.) et Schaub (S.). — Essai de traitement de certains syndromes délirants hallucinatoires chroniques par l'azacyclonol. (*Ann. Méd.-Psychol.*, avril 1960, *118*, n° 4, 768-780.)

Soulairac (A.), Geier (S.), Ochonisky (Mme) et Poyart (Mme). — Analyse de l'action du 2028 DM dans les psychoses chroniques par les échelles d'évaluation psychiatrique de J.R. Vittenborn. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1964, 1, n° 2.)

Soulairac (A.), Geier (S.), Morel, Filliozat et Chavannes. — Un neuroleptique dérivé de la phénothiazine, la perphénazine. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1963, 1, n° 5.)

Sundby et Lien. — Essai clinique de la prochlorpérazine dans les psychoses chroniques. (*Nord. Psykiat. Nedlemsbl.*, 1958, 12, 296.)

Symposium International sur l'Halopéridol. — *Acta Neurol. Psych.*, janvier 1960, *60*, n° 1.

Szobor (A.). — Expérimentation clinique de l'Halopéridol (R.1625) en psychiatrie. (*Acta Neurol. Belg.*, juin 1962, *62*, n° 6, 662-676.)

Tolle (R.). — Traitement des psychoses endogènes par la lévopromazine. (*Der Nervenarzt*, 1962, 4, 178-180.)

Vallade, Boutillier, Corsetti, Raynaud et Ducamin. — Premiers résultats de la pratique du 8089 CB en thérapeutique psychiatrique. (*Ann. Méd.-Psychol.*, février 1963, *121*, n° 2, 233-239.)

Vallade (L.), Hauser (F.), Boukson (G.) et coll. — Remarques concernant les effets thérapeutiques de la thiopropérazine. (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1961, *1*, 2, 382-373.)

Vasconcellos (J.A.) et Kurland (A.A.). — Emploi de la chlorpromazine à effet prolongé dans le traitement des psychotiques chroniques hospitalisés. (*Dis. Nervous System*, 1958, *19*, 4, 1-7.)

Vidal (G.) et Vidal (Mme B.). — Guérison d'une psychose hallucinatoire chronique par la chlorpromazine. (*Ann. Méd.-Psychol.*, octobre 1960, *118*, n° 3, 498.)

Vidal (G.), Vidal (Mme B.) et Valery (B.). — Essai d'un nouveau neuroleptique, la trifluopérazine. (*LIX*e *Congrès de Psych. de Langue Française*, Montpellier, juillet 1961.)

Weiss (C.). — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de la chlorpromazine sur des états délirants et hallucinatoires chroniques. (*Thèse*, Paris, octobre 1955, n° 912, 79 p.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 9

Introduction 10

Chapitre I. — Critères du choix des malades 13

Chapitre II. — Pièces du dossier et protocole d'examen 17

Chapitre III. — Premier groupe d'observations 19

Chapitre IV. — Deuxième groupe d'observations 45

Chapitre V. — Comparaison entre les deux groupes d'observations. Discussion 71

Chapitre VI. — Revue des opinions des auteurs sur l'activité neuroleptique en général 74

Chapitre VII. — Revue des opinions des auteurs a propos de chaque neuroleptique en particulier 79

Conclusions 85

Bibliographie 87

Imprimerie R. Foulon & Cie, 29, rue Deparcieux, Paris XIV[e]